



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
SPÉCIALISÉ
INTERDÉPARTEMENTAL
D'AINAY LE CHÂTEAU**

6 bis rue du pave
Bp 03
03360 Ainay Le Chateau



Validé par la HAS en Mars 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mars 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	7
Les évaluations réalisées pendant la visite	8
La décision	9
Les résultats	10
Les résultats des critères impératifs et avancés	11
Chapitre 1 : Le patient	14
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	14
Synthèse du chapitre 1	15
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	21
Chapitre 2 : Les équipes de soins	22
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	22
Synthèse du chapitre 2	23
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	25
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	27
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	29
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	30
Chapitre 3 : L'établissement	31
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	31
Synthèse du chapitre 3	32
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	34
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	35
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	37
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	38

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels de santé mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients.

Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé, aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ INTERDÉPARTEMENTAL D'AINAY LE CHÂTEAU	
Adresse	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay Le Chateau FRANCE
Département / Région	Allier / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	030780282	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE INTERDEPARTEMENTAL D'AINAY LE CHATEAU	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay Le Chateau FRANCE
Établissement géographique	030009237	CMP ADULTES LURCY-LÉVIS	RUE BARA VIALA 03320 LURCY LEVIS FRANCE
Établissement géographique	030009229	CMP ADULTES COSNE D'ALLIER	4 PLACE DU COQ CHANTANT 03430 COSNE D ALLIER FRANCE
Établissement géographique	030009211	CMP ADULTES SAINT BONNET TRONÇAIS	10 ROUTE DE TRONÇAIS 03360 ST BONNET TRONCAIS FRANCE
Établissement géographique	030009203	CMP ADULTES VALIGNY/LURCY	15 ROUTE DE L'ETANG 03360 VALIGNY FRANCE
Établissement géographique	030009195	CMP ADULTES AINAY LE CHÂTEAU	6 RUE DU PAVÉ 03360 AINAY LE CHATEAU FRANCE
Établissement géographique	030009013	CMP ADULTES CÉRILLY	12 AVENUE DU 11 NOVEMBRE 03350 CERILLY FRANCE
Établissement géographique	030009005	CATTP DU CH D'AINAY LE CHATEAU	6 RUE DU PAVÉ 03 03360 AINAY LE CHATEAU FRANCE
Établissement		CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE	6 bis rue du pave

principal	030000160	INTERDEPARTEMENTAL D'AINAY LE CHATEAU	Bp 03 03360 Ainay Le Chateau FRANCE
Établissement géographique	030001234	USLD- CHS AINAY LE CHATEAU	6 bis rue du pave Bp 03 03360 Ainay-Le-Chateau FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Santé mentale et psychiatrie
 Soins de longue durée

Population
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **6** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **4** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **12** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 1 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 5 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 1 prescription(s) d'isolement
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **15** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS décide la certification sous conditions. En prévision d'une seconde visite organisée dans 15 mois, la HAS encourage prioritairement à :

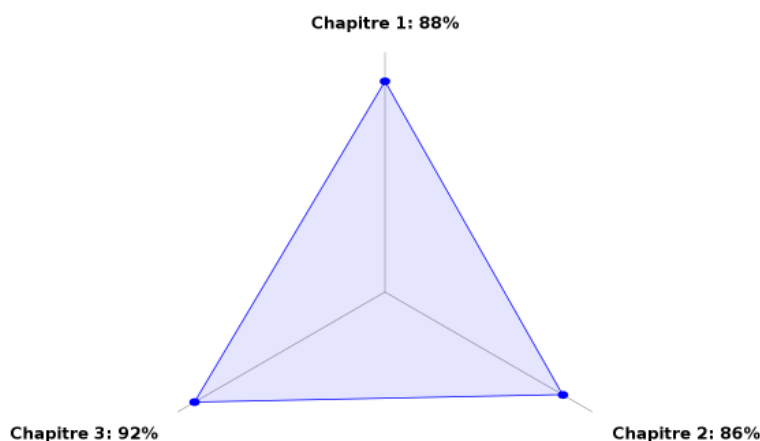
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse sur l'ensemble du circuit en renforçant les bonnes pratiques (prescription, administration, traçabilité, usage des antibiotiques...), en formant les professionnels à la prévention des erreurs médicamenteuses, au bon usage des antibiotiques, et en analysant collectivement les erreurs pour mettre en place des actions d'amélioration.
- Respecter les règles standards d'hygiène dans l'ensemble des secteurs intra ou extra-hospitaliers
- Informer les patients sur leurs droits et impliquer davantage leurs représentants (RU, patients partenaires) dans les différents projets de l'établissement
- Evaluer le niveau de douleur en référence à un seuil et corrélér le traitement à ce seuil

Au-delà de ces priorités et à l'issue de cette seconde visite, si l'établissement satisfait aux attendus du référentiel, la HAS prononcera une certification, avec ou sans mention – à défaut, elle prononcera une non-certification. Dans l'intervalle, la HAS invite l'établissement à se rapprocher de l'Agence Régionale de Santé et des structures nationales et régionales susceptibles d'apporter un appui et un accompagnement dans la démarche qualité et sécurité des soins.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	88%
Chapitre 2	Les équipes de soins	86%
Chapitre 3	L'établissement	92%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

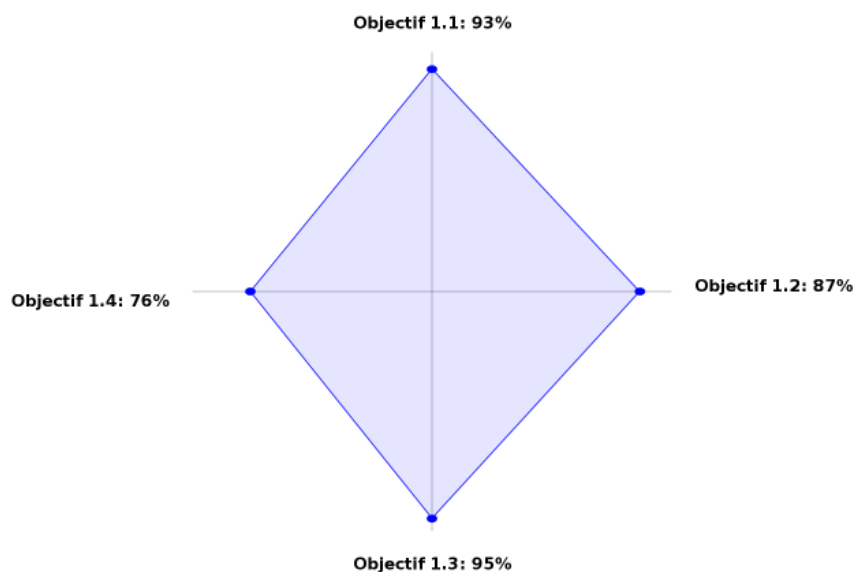
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	72%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	90%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	95%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	84%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	70%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	85%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	83%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	Non Applicable
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	67%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presque accidents	75%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	25%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **88%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	93%
1.2	L'information du patient	87%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	95%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	76%

Synthèse du chapitre 1

Le Centre Hospitalier Spécialisé propose en intra des hébergements en chambre simples équipées de dispositifs permettant d'assurer la dignité et l'intimité des patients (Loquet de confort), en accueil familial thérapeutique (chez l'habitant), les patients accueillis bénéficient de pièces et chambres individualisées à l'écart des lieux d'habitation de l'accueillant familial cependant certains locaux ne correspondent pas aux actuels attendus en matière d'hébergement d'hospitalisation [absence de loquet de fermeture de porte lors de leur utilisation (Salle de bains ; Chambre)]. Les pratiques des professionnels respectent la dignité et l'intimité du patient : chambres individuelles avec cabinet de toilette adapté. Le respect de la confidentialité et du secret professionnel est effectif auprès des équipes. Les locaux permettent une circulation et l'accueil de personnes en situation de handicap. L'établissement n'accueille pas de patients en soins sous contrainte. Dans les cas le nécessitant, les professionnels peuvent avoir recours, selon le protocole institutionnel ou après analyse en équipe, à la mise en place de restrictions de liberté avec prescription médicale, néanmoins l'information du patient et son accord sur les restrictions d'accès notamment aux cigarettes, ne sont pas toujours tracés dans le dossier. La prise en soins assure la prise en compte de tous les besoins des patients avec une attention particulière au soulagement de la douleur. Toutefois, lors de visites en accueil familial thérapeutique, la traçabilité de l'évaluation de la douleur ne figurait qu'à une seule reprise par jour sans notion de niveau, l'administration des antalgiques de fait ne correspondait pas toujours à la prescription conditionnelle. Les personnels de l'établissement sont sensibilisés aux actions de bientraitance et le circuit de déclaration des situations de maltraitance externe et/ou interne est connu. L'ensemble des équipes soignantes organise des prises en soins bientraitantes avec une attention particulière sur l'inclusion des patients dans la vie sociale (repas de patients hospitalisés au self de l'établissement, patient en AFT inclus dans la vie sociale des communes accueillantes, ...). Les demandes d'accès aux dossiers médicaux (bien que peu nombreux) sont traités dans les délais légaux.

Les entretiens effectués avec les patients et les professionnels rencontrés dans tous services du Centre hospitalier spécialisé d'AINAY Le CHÂTEAU, montrent que celui-ci est informé et impliqué dans sa prise en charge. Il reçoit une information claire, sur son état de santé, qui lui permet de participer à l'évaluation de l'analyse bénéfices-risques et d'exprimer son consentement libre et éclairé sur son projet personnalisé de soins de toutes les prises en charge réalisées dans les services en intra, soins de longue durée (SLD), mais aussi en accueil familial et thérapeutique. Les personnes de confiance sont associées aux décisions le cas échéant, même si certains professionnels ont encore des hésitations sur rôle exact de ces personnes. L'information sur les directives anticipées est disponible dans le livret d'accueil distribué, accessible sur le site internet toutefois certains patients traceurs rencontrés ne connaissaient pas réellement l'intérêt de celles-ci.

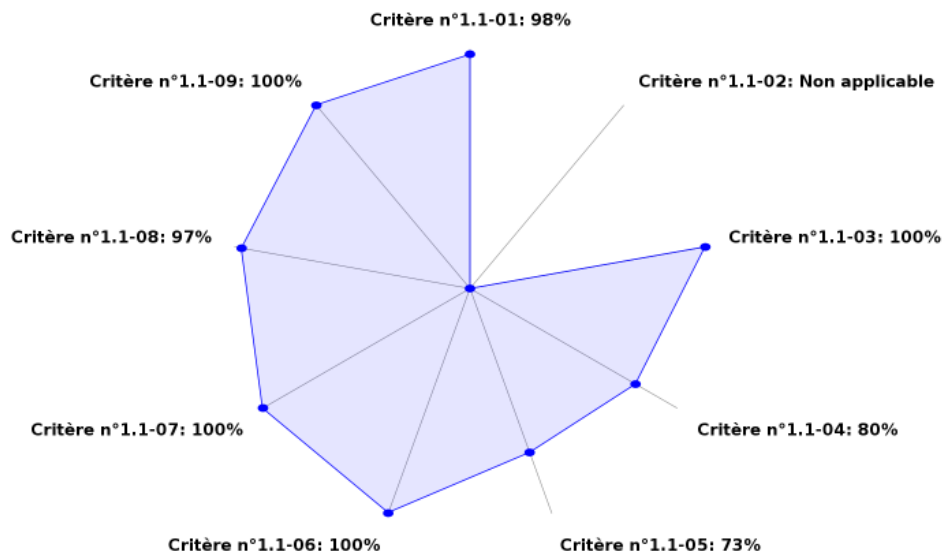
Dans l'unité de soins, le personnel présente le service, ses modalités de fonctionnement et remet les documents d'accueil (recueil de la personne de confiance, document de recueil des directives anticipées). La traçabilité de la personne de confiance est retrouvée dans la majorité des dossiers examinés. À chaque étape de sa prise en charge, le patient reçoit une information claire et adaptée à ses capacités de discernement concernant son état de santé ainsi que les soins proposés. Les éléments médicaux qui relèvent du diagnostic ainsi que de sa prise en charge lui sont communiqués en temps voulu afin d'obtenir son adhésion thérapeutique. Son consentement est recherché et tracé au sein du

projet de soins personnalisé construit en équipe pluriprofessionnelle avec la collaboration du patient concerné. Un livret ambulatoire vient d'être initié et sa généralisation est prévue pour les patients accueillis et suivis en CMP. Le projet de soins personnalisé prend en compte le maintien de l'autonomie. Une assistante sociale intervient au sein de l'établissement. Avec l'accord des patients, les proches sont invités, si besoin, à participer à la mise en œuvre du projet thérapeutique et leur accueil est facilité au sein de l'établissement dans les situations le nécessitant. La lettre de liaison est remise au patient mais pas toujours par un médecin ou un soignant, sans traçabilité d'explications données, envoyée au médecin traitant et transmise au DMP. Elle intègre les dates d'entrée et de sortie, le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, le traitement médicamenteux d'entrée et de sortie mais sans réel bilan thérapeutique explicite.

La composition de la commission des usagers ainsi que les modalités pour contacter les représentants sont à disposition par affichage dans les circulations des services et dans le livret d'accueil. Une permanence dans le centre de vie est assurée de façon mensuelle, les représentants des usagers interviennent en amont dans les services afin de rappeler leur présence au sein de la permanence, ils interviennent dans les différentes commissions mais sont peu consultés sur les enquêtes expérience patient et pour l'analyse des événements indésirables. Les patients peuvent exprimer leur satisfaction et leurs remarques par l'intermédiaire d'un questionnaire patient remis lors de leur hospitalisation ou par l'intermédiaire d'@satis, certains services ont développé des questionnaires ciblés sur le fonctionnement et la prise en soins et la réalisation de patients traceurs en amont de notre visite, l'établissement n'a pas présenté de recensement de ces démarches spécifiques de recueil de l'expérience patient. Les personnels des services n'ont pas présenté de démarches d'association de patients partenaires dans les prises en soins ou en programme d'éducation thérapeutique du patient pourtant lors de certaines présentations, certains patients y ont participé. Bon nombre des patients rencontrés, à quelques exceptions près, ne connaissaient pas les modalités de déclaration d'un événement indésirable associé aux soins ou de dépôt d'une réclamation, ni la possibilité de saisir un médiateur en cas de difficultés de communication. Ils sont informés de l'alimentation de leur DMP par les professionnels de l'établissement.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

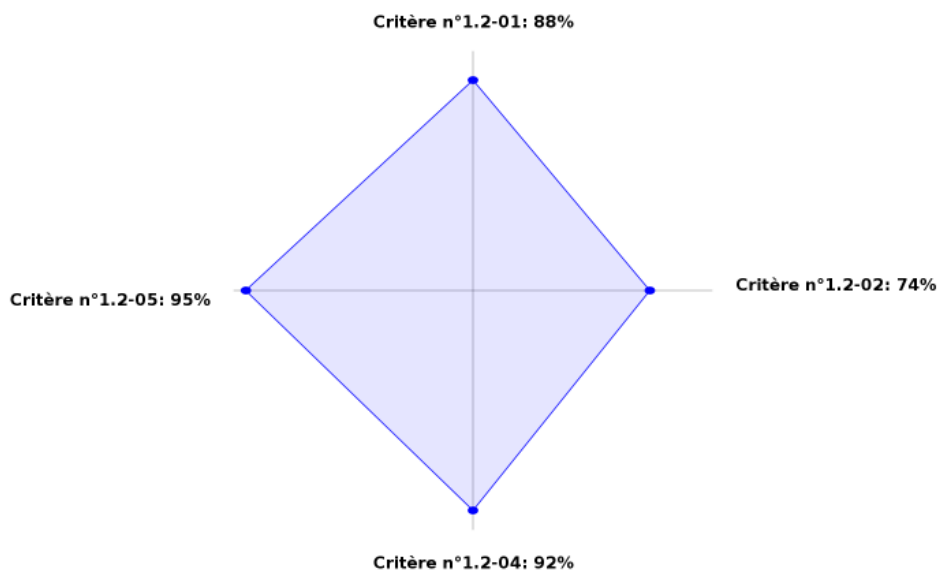
Score de l'objectif **93%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	80%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	72%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	97%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

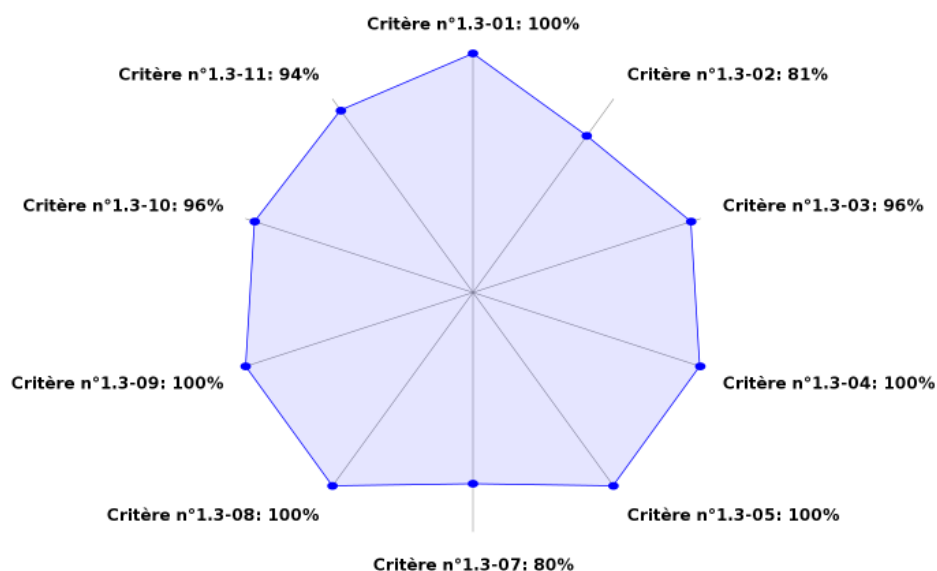
Score de l'objectif **87%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	88%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	74%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	92%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	95%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

Score de l'objectif **95%**

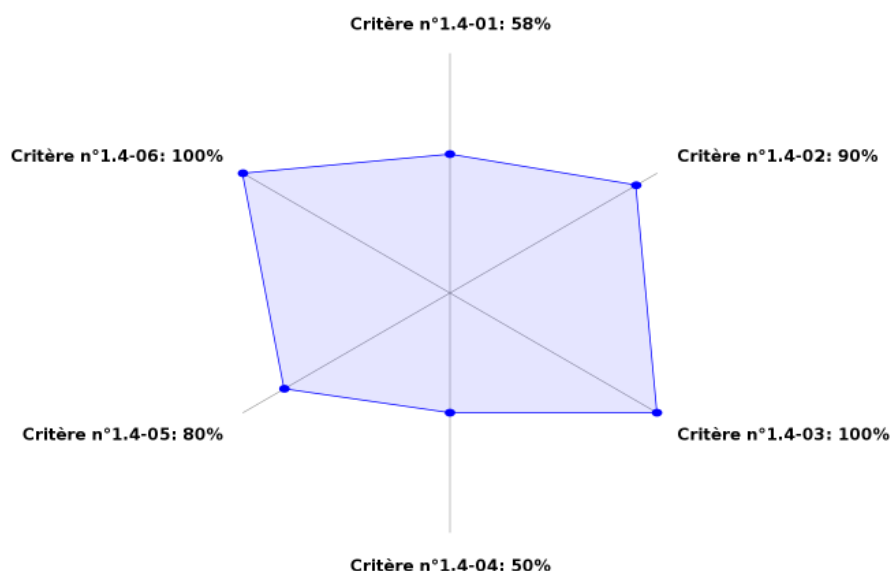


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	81%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	96%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	80%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	96%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

1.3-11	soins	94%
--------	-------	-----

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **76%**

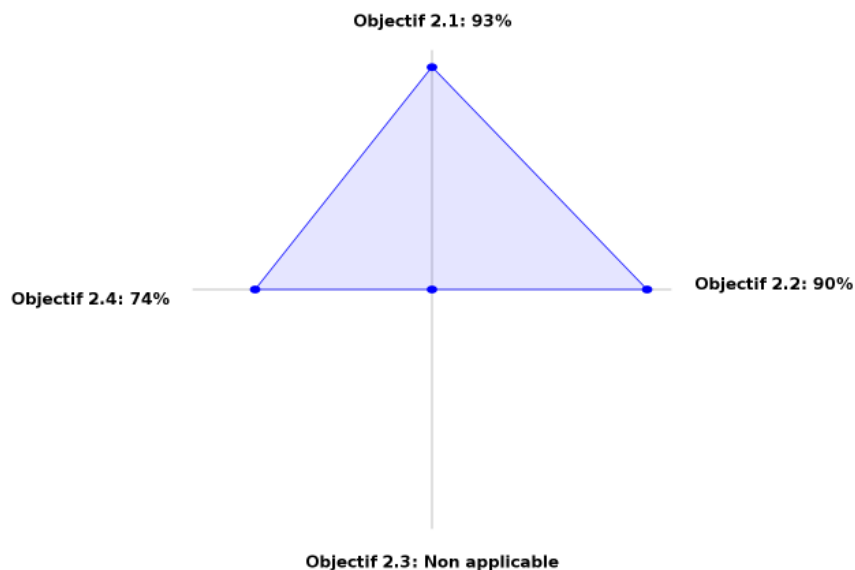


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	58%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	90%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	50%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	80%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **86%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	93%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	90%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	Non Applicable
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	74%

Synthèse du chapitre 2

Au centre hospitalier spécialisé d'AINAY le CHATEAU, les décisions de prise en soins des patients reposent sur la capacité des équipes à se concerter et à rechercher collectivement la solution la mieux adaptée à la situation du patient. La coordination des équipes permet une prise en charge pluriprofessionnelle des patients. Le dossier patient informatisé assure la continuité des soins et reste accessible aux professionnels impliqués. Un examen pluri-catégoriel des dossiers est réalisé, et les modifications thérapeutiques ainsi que les ajustements du projet de soins sont documentés dans le dossier partagé, avec cependant une traçabilité différée pour les patients en accueil familial thérapeutique, les enregistrements des thérapeutiques ne sont réalisées qu'à terme échu de façon mensuelle par l'IDE de l'antenne concernée, si une situation d'urgence ou complexe, l'accueillant familial a un recours potentiel à une unité d'hospitalisation complète pour ajustement de la thérapeutique. Les actions réalisées auprès du patient (entretien individuel, évaluation nutritionnelle, évaluation sociale, etc.) sont enregistrées en temps réel dans le dossier. L'établissement a initié une procédure de conciliation médicamenteuse mais pour le moment cette démarche reste modeste (6 conciliations en 2025) du fait du départ d'un pharmacien en ce début d'année. Les besoins et préférences des patients sont réévalués et consignés tout au long de la prise en charge pour adapter le projet de soins. Lorsque l'état de santé du patient l'exige, les professionnels peuvent faire appel à des équipes mobiles spécifiques, telles que les soins palliatifs. Les professionnels en soins de support (assistante sociale, diététicienne, etc.) interviennent dans le cadre de cette coordination pluridisciplinaire. Le risque suicidaire est recherché dès l'entrée des patients cependant il existe deux supports d'évaluation distincts au sein de l'institution. À la sortie du patient, une lettre de liaison est envoyée aux partenaires libéraux ou structures d'accueil dans les délais requis pour garantir la continuité des soins. Le suivi somatique est opérationnel de l'entrée jusqu'à la sortie de l'institution.

Tous les patients admis au sein de l'établissement bénéficient d'une identification fiable que ce soit en hospitalisation complète, ambulatoire ou en accueil familial thérapeutique que le mode d'entrée soit programmé ou non. Afin d'éviter toute stigmatisation extérieure, une identification par photographie est en place au sein du Dossier patient et sur les documents transmis à l'accueillant familial, celui-ci a à disposition des bracelets d'identification en cas de consultation dans un autre établissement. Les vigilants sont identifiés dans l'établissement et connus des professionnels concernés. Les prescriptions médicales sont conformes aux normes réglementaires, les prescriptions conditionnelles sont assorties du niveau de déclenchement requis, sauf celles concernant les antispasmodiques, il a toutefois été observé en accueil familial thérapeutique des administrations d'antalgiques sans correspondance avec le niveau de douleur enregistré. Les traitements des patients sont produits chaque jour par un automate : 1 médicament par sachet et acheminés par le service transport dans les unités d'hospitalisation dans des contenants sécurisés fermés à clefs et dans le respect des conditions spécifiques : respect de la chaîne du froid pour les médicaments thermosensibles. Une Armoire Sécurisée de Traçabilité pour les Unités de Soins : ASTUS avec enregistrement automatisé permet d'assurer la continuité de dispensation des médicaments 7j/7. Les professionnels sont attentifs dans leurs pratiques à bien vérifier l'identité des patients par des interrogations avant chaque soin. L'administration des médicaments par des personnels habilités est tracée en temps réel dans le dossier patient informatisé toutefois le motif de non-administration en accueil familial thérapeutique n'est pas renseigné en temps réel mais tracé de façon mensuelle à terme échu, de même, rien n'indique dans le

dossier l'information du prescripteur le cas échéant. L'habilitation des accueillants familiaux fait l'objet d'une procédure validée par la pharmacie, mais sans traçabilité antérieure des formations des premiers accueillants familiaux ni réajustement intermédiaire. Depuis le début de l'année 2025, de nombreux événements indésirables concernent les erreurs médicamenteuses, un seul a été examiné en CREX (administration de médicament par conjoint de l'AcFT). Les autres n'ont simplement fait l'objet que d'un réajustement par le cadre de l'unité auprès de l'agent concerné avec éventuellement une re sensibilisation de l'équipe mais sans traçabilité particulière. Les risques transversaux liés à la prévention du risque infectieux (hygiène des mains, respect des précautions standards et complémentaires, risques infectieux et l'antibioprophylaxie) sont maîtrisés par les professionnels, toutefois les tenues des professionnels ne respectent pas toujours les règles élémentaires (blouses médicales à manches longues, tenue civile en Antenne AFT) de plus compte tenu du contexte de présence pharmaceutique, tous les prescripteurs n'ont pas bénéficié de formation sur la prescription des antibiotiques.

Tous les professionnels du centre hospitalier ont bénéficié d'une formation AFGSU et des mises en situation sont réalisées mais sans évaluation actuelle de l'efficacité de cette démarche.

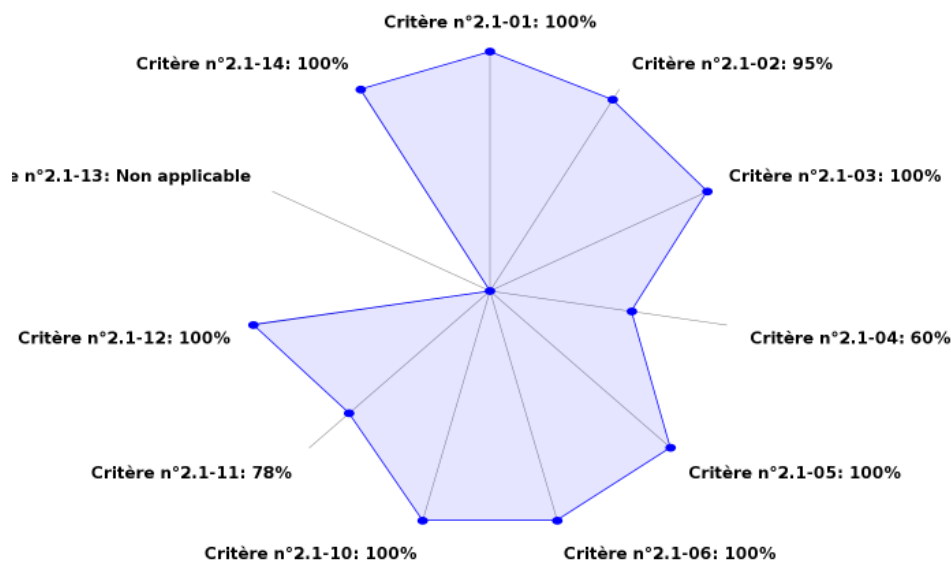
Les professionnels du Centre Hospitalier d'Ainay le Château, établissement public spécialisé en psychiatrie et santé mentale, adaptent leur exercice et procédures aux recommandations de bonnes pratiques cliniques (accessibles aux équipes) ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Des réunions cliniques pluriprofessionnelles sont organisées dans chaque unité de soins une fois par semaine avec un calendrier défini. Ces réunions permettent d'étudier au cas par cas les situations cliniques des patients et de s'interroger sur la pertinence de leurs parcours. Cependant il n'a pas été présenté de démarche continue d'évaluations des résultats cliniques ni de suivi de la pertinence des parcours par des indicateurs d'alerte.

L'établissement ne réalise pas d'hospitalisation sous contrainte. Les équipes de soins s'organisent pour diminuer autant que possible le recours à la restriction de liberté, toutefois dans les cas le nécessitant (limitation du tabac par ex) la traçabilité de l'information et de l'accord du patient n'est pas toujours retrouvée dans le dossier du patient. L'établissement est engagé dans une politique de Développement durable et a organisé le suivi de ses consommations ainsi que le circuit des déchets, y compris les DASRI. . Les équipes ne se sont pas encore toutes engagées dans une démarche de recherche en soins éco-responsables, la création récente d'un groupe de travail en écosoins (sous-groupe de travail du groupe développement durable) permet une accélération de cette démarche.

Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et réévaluées systématiquement, le logiciel informatique effectue un rappel de la limite des 72 h, sans être toutefois bloquant. Les professionnels mettent en œuvre les actions d'amélioration initiées par l'encadrement à la suite des évaluations des pratiques professionnelles. Celles-ci permettent aux équipes d'améliorer leur organisation au regard des résultats obtenus des IQSS.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **93%**

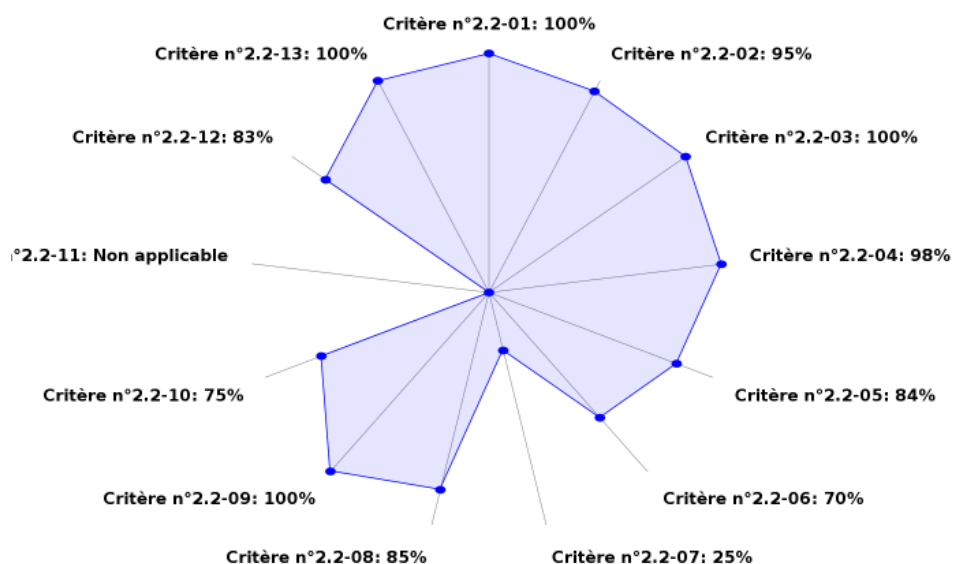


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	95%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	60%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	100%
2.1-11	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	78%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%

2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	Non Applicable
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **90%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	95%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	98%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	84%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	70%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	25%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	85%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%

2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	75%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	83%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **0%**

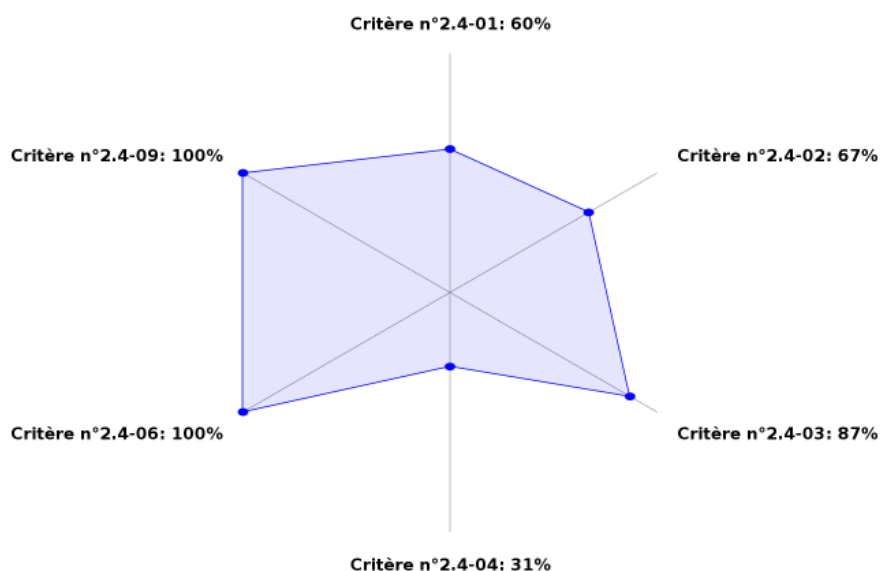
Critère n°2.3-14: Non applicable



Critères		
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	Non Applicable

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **74%**

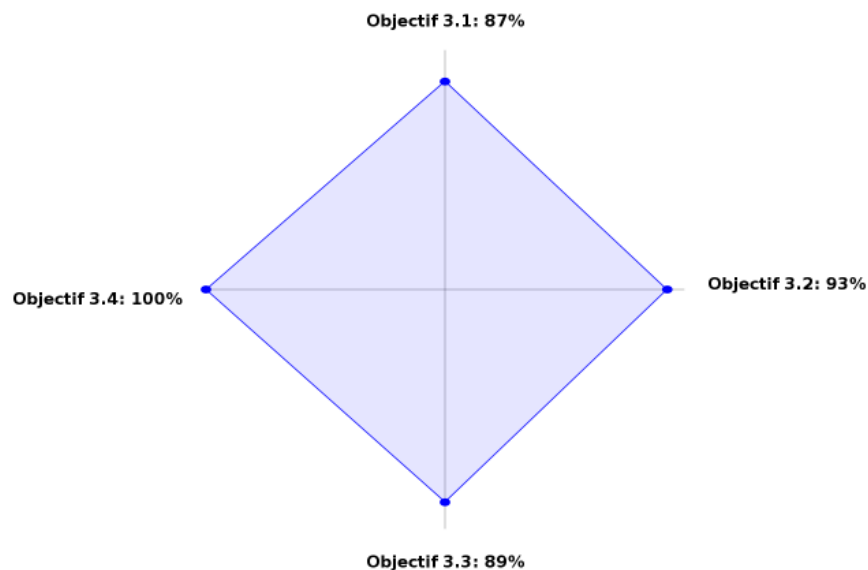


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	60%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	67%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	87%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	31%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	87%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	93%
3.3	Le positionnement territorial	89%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	100%

Synthèse du chapitre 3

La Gouvernance de l'établissement soutient et conduit les collectifs professionnels vers une culture de la Qualité et sécurité des soins, inscrite dans la politique Qualité et Gestion des risques (projet d'établissement 2021-2025). Le projet Qualité du projet d'établissement est disponible, pour information, aux équipes, il est évalué annuellement. Des sensibilisations (Quizz, Flyers, journée sécurité des soins) sont initiées auprès des professionnels sur la culture sécurité, des enquêtes ont été réalisées en 2023 et 2025 avec des actions d'améliorations menées à l'issue. Les déclarations d'événements indésirables sont analysées par l'équipe qualité en lien avec le cadre du service concerné, cependant les experts visiteurs ont constaté que peu de fiches d'événements indésirables concernait les prises en soins. Il n'est pas noté de participation réelle de professionnels impliqués par les fiches d'événement indésirable sauf dans le cas d'événement indésirable grave où un comité de retour d'expérience (CREX) est organisé avec les professionnels concernés. Peu de CREX sont relevés ces dernières années en partenariat avec les professionnels concernés. Les dispositifs sur la gestion de crise sont adaptés et maîtrisés, avec exercice de mise en situation effectué suivi d'un retour d'expérience (RETEX). Un comité d'éthique, nouvellement réinitié, réunit des professionnels de tous les services et tous grades pour évoquer ensemble les questions correspondantes à cette thématique après un recensement institutionnel complet réalisé en juillet 2025. Ce comité peut solliciter le regard d'un philosophe qui intervenait antérieurement sur ce type de thématique. La gestion des risques numériques est bien intégrée dans le fonctionnement quotidien des soignants. Le système d'information permet de garantir la sécurité des données patients.

La direction des ressources humaines, en collaboration avec la direction des soins, assure une réelle correspondance entre besoins requis (qualité et quantité) et effectifs présents. Les professionnels ont accès à des actions de formation continue notamment des diplômes universitaires, L'accès des cadres et médecins aux formations internes et externes à l'établissement est facilitée. Un tutorat des professionnels faisant fonction de Cadre de Santé est organisé. Un binôme composé de 2 Cadre Supérieur de Santé accompagne le professionnel dans sa prise de fonction. Un mentorat est proposé aux cadres de santé diplômés. Les entretiens des professionnels et des cadres sont organisés annuellement. Les compétences sont évaluées via un logiciel dédié. Des objectifs de progrès sont définis. Des exercices de mise en situation d'urgences (urgence vitale, cyberattaque) ont été réalisés ces derniers mois. Une Enquête Qualité de vie au Travail a été réalisée auprès des, les résultats ont permis de déterminer les axes prioritaires et actions à mener au sein de l'établissement. La Gouvernance de l'établissement accompagne les professionnels dans un développement du Travail en équipe sans toutefois, compte tenu des différents statuts, avoir initié de réels temps d'échange sur les synchronisations du temps de Travail médical et paramédical.

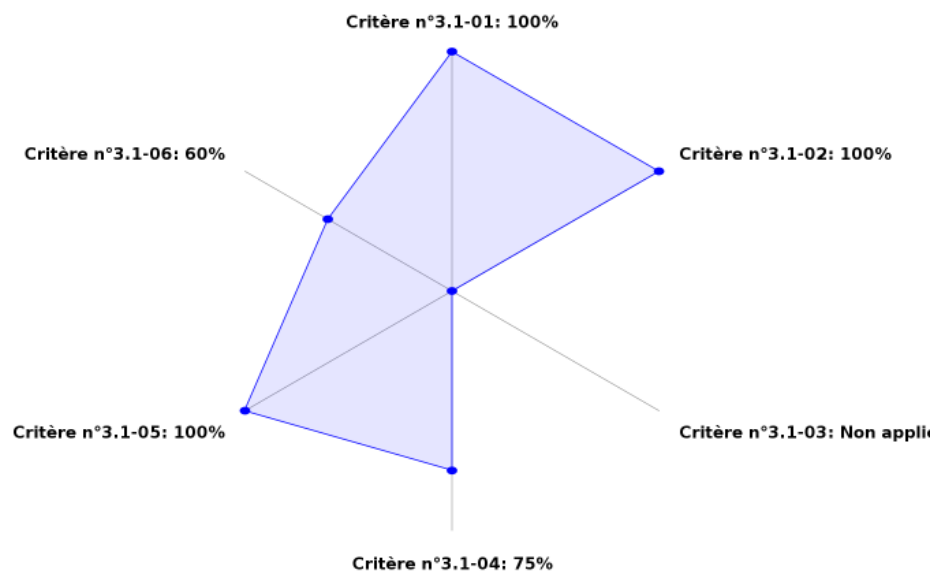
Le Centre Hospitalier d'Ainay le Château est un établissement public spécialisé en psychiatrie et santé mentale. Il assure sa mission qui présente une particularité par la présence importante d'un service d'Accueil Familial Thérapeutique (216 lits chez 129 familles répartis sur 5 antennes au sein du département) qui organise en soins libres et ambulatoires, les soins de patients adultes souffrant de troubles mentaux. Il participe au projet territorial de santé mental et accueille des patients hors département en accueil familial thérapeutique. Cet éloignement de la région d'origine peut entraîner des hospitalisations longues. Bien que n'ayant pas de service d'urgence, le centre hospitalier spécialisé a

une unité d'accueil de 11 lits pour les hospitalisations non programmées et/ou séjour de rupture. L'établissement a développé des liens avec le secteur médico-social environnant et met à disposition une équipe mobile de psycho-gériatrie afin d'éviter des hospitalisations inutiles pour les personnes âgées. L'établissement favorise l'accueil de stagiaires des catégories professionnelles présentes (IDE, AS, moniteur éducateur, psychologue, ergothérapeute, ...) sans toutefois réaliser d'enseignement en intra, les équipes médico-soignantes au projet de recherche régional en matière d'accueil familial thérapeutique.

Le centre hospitalier a intégré le développement durable à son projet RSE, avec des filières de gestion des déchets dans les services et une optimisation de leur tri afin de minimiser leur volume. L'établissement a une cartographie de ses dispositifs médicaux. Il ne possède pas à ce jour de dispositifs médicaux numériques, mais s'est doté d'une procédure de gestion des dispositifs médicaux numériques et outils technologiques innovants.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

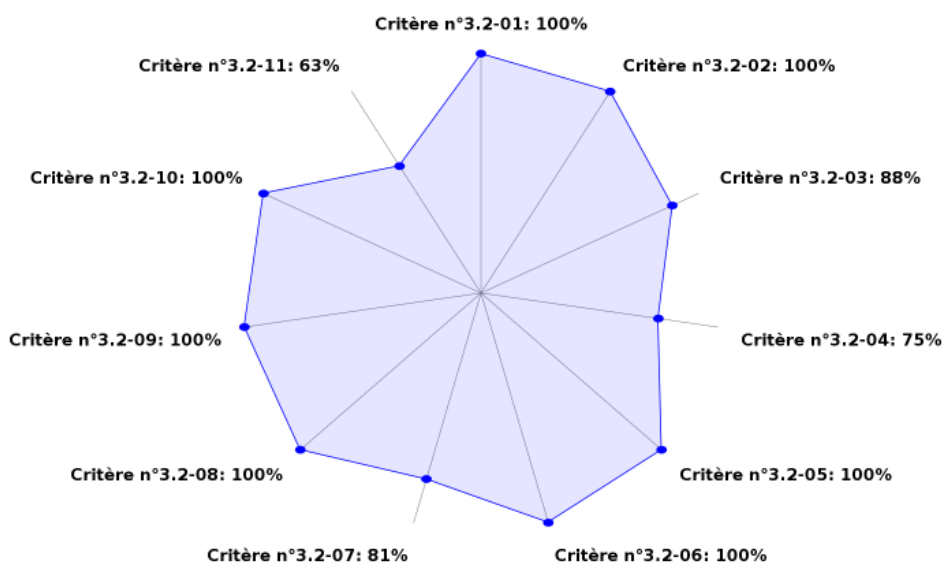
Score de l'objectif **87%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	75%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	60%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **93%**

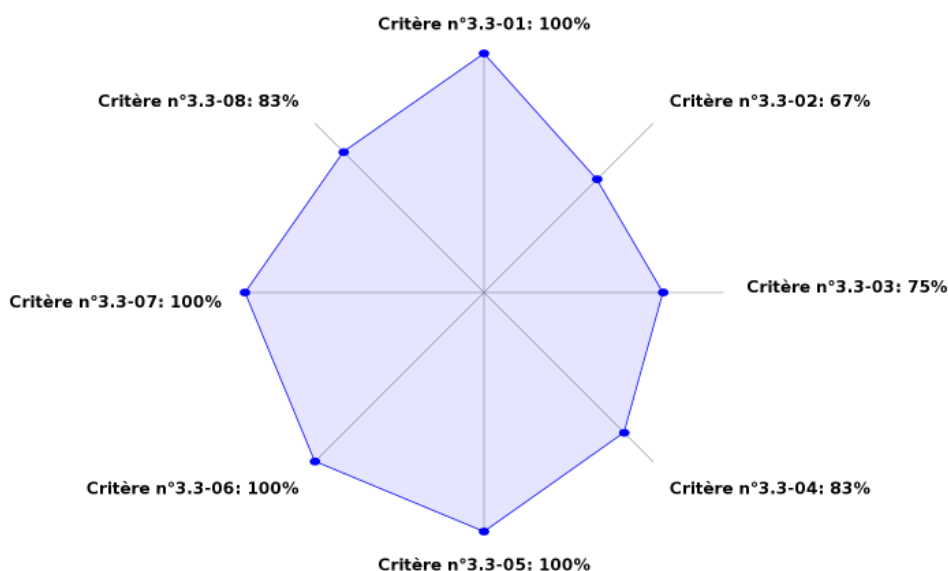


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	88%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	81%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	62%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

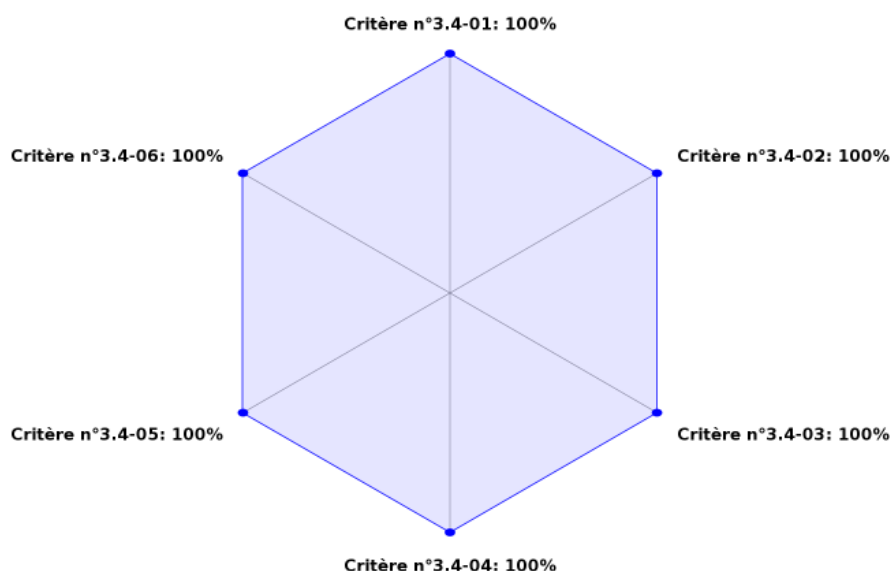
Score de l'objectif **89%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	67%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	75%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	83%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	83%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	100%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

