



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
DE BOURG EN BRESSE**

900, route de paris

Cs 90401

01012 Bourg En Bresse



Validé par la HAS en Janvier 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Janvier 2024

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	26
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	27
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	28
Annexe 3. Programme de visite	32

# 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 (des pairs) 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.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

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.

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 en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

**Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...**

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

**| ... et sur des méthodes**

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. 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 au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre 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.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

# Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE	
Adresse	900, route de paris Cs 90401 01012 Bourg En Bresse FRANCE
Département / Région	Ain / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

**Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)**

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	010780054	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE	900 route de paris Cs 90401 01012 Bourg En Bresse FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

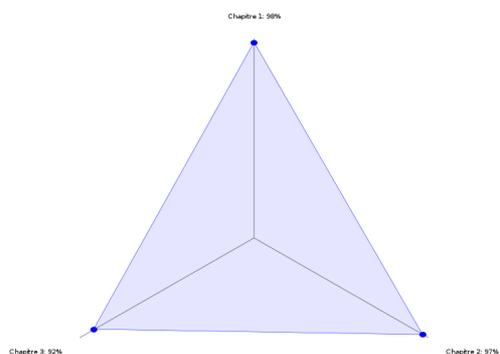
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

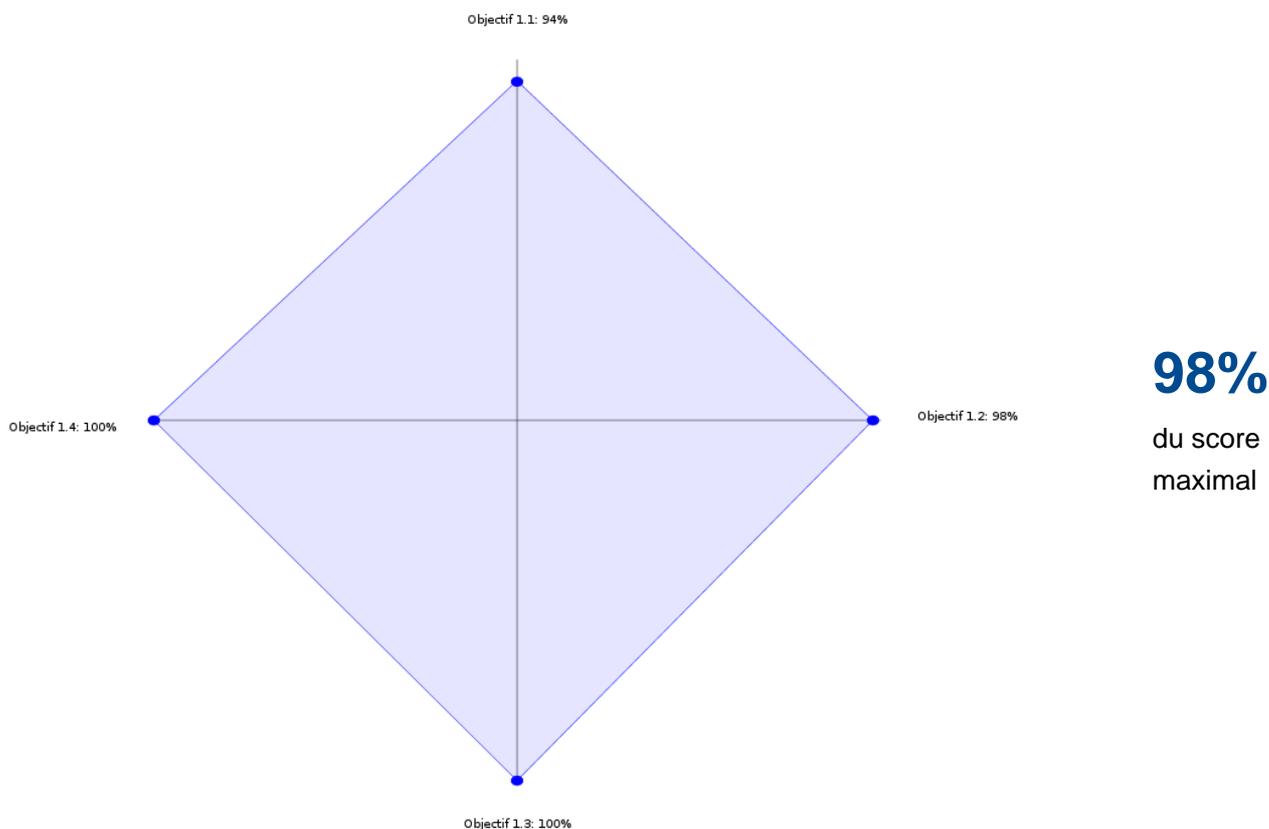
Au regard du profil de l'établissement, **125** critères lui sont applicables

# Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

# Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

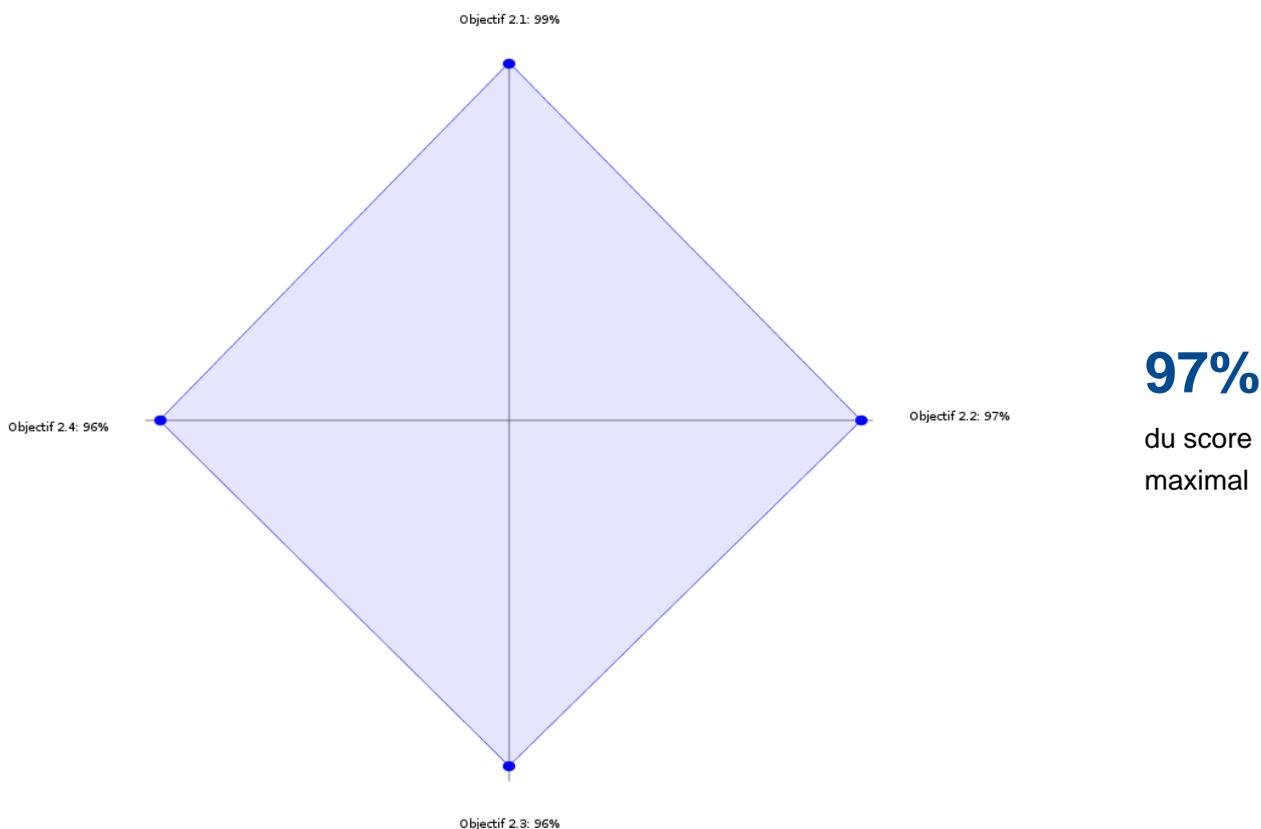
Au sein du Centre hospitalier de Bourg en Bresse (CHB), les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfique/risque, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé. Le patient adulte est impliqué dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure qui le concerne et l'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur son projet de soins. L'information donnée au patient est complétée par d'autres dispositifs, tels des supports écrits, avec par exemple, une documentation riche et variée en pédiatrie, en néphrologie ou encore à la maternité. En oncohématologie le patient est informé sur son diagnostic, son état de santé, ses traitements, ses soins et la durée prévisionnelle de sa prise en soins. Le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) lui est remis. En ambulatoire, les informations sont reprécisées lors de l'appel de la veille et du

lendemain, et par écrit dans un passeport dédié en chirurgie et en endoscopie. Par ailleurs, un livret d'information est communiqué aux enfants « livret sparadrap ». L'information est également relayée en ambulatoire par une infirmière de consultation qui vérifie la compréhension des différents éléments et consignes communiqués. Les patients détenus dont l'admission est faite en urgences sur l'hôpital ont une consultation systématique en zone pénitentiaire et sont informés du délai leur prise en charge en fonction de leur état de santé. Les consignes d'administration des médicaments leur sont communiquées. En unité de soins de longue durée (USLD) en amont de l'admission, les patients et les familles ont la possibilité de visiter le service. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante en coordination avec les sage-femme de ville si possible dès le début de la grossesse. Par ailleurs une salle de naissance est équipée d'une baignoire de relaxation et un projet de salle physiologique visant à donner la possibilité de donner naissance le plus naturellement possible est également en cours de réalisation au sein de la maternité. Dans la plupart des secteurs des messages de prévention primaire sont affichés. Ils concernent notamment la nutrition, l'activité physique, les risques liés aux addictions, le risque suicidaire, la violence intrafamiliale ... A la maternité de nombreuses informations sur les messages de prévention sont communiqués aux parents, ils concernent l'allaitement, la parentalité, la mort inopinée..., un livret du jeune parent est remis à la sortie. Les coordonnées des associations de bénévoles sont également communiqués aux patients et proches telles que France Alzheimer. L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence de dix lits de soins palliatifs au sein de l'établissement et d'une équipe « EMASP » (équipe mobile d'accompagnement et soins palliatifs). qui participe notamment aux staffs et aux réunions pluridisciplinaires dans certaines unités et qui peut être mobilisée par les équipes de soins en cas de besoin. En cas d'admission aux urgences, en se basant sur la grille de tri l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) formé à cette activité communique un délai de prise en charge aux patients. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est communiquée au patient. En cas de transfusion, la traçabilité donnée au patient et la réflexion bénéfique/risque ont été retrouvées dans les dossiers. Un support papier et informatique comportant les risques encourus en cas de transfusion ainsi qu'un courrier indiquant les produits transfusés et une prescription de recherche d'anticorps anti-érythrocytaires irréguliers (RAI) post transfusionnels sont systématiquement remis au patient. L'information du patient n'est cependant pas complète. L'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées n'est le plus souvent pas expliquée. Par ailleurs, malgré l'affichage à l'entrée de chaque service, et la présence d'informations dans le livret d'accueil institutionnel, les patients rencontrés n'ont le plus souvent pas intégré les données sur les représentants des usagers et les bénévoles, et ne savent pas comment signaler un évènement indésirable, formuler une plainte ou réclamation, ou faire part de leur expérience. Suite à ces constats le CHB a mis en place après la visite de certification des actions correctives visant à compléter l'information des patients. Afin d'améliorer la connaissance des patients sur la possibilité de signaler un évènement indésirable, l'affiche PRIM's a été intégrée au livret d'accueil le 6 octobre 2023. Cette même affiche a fait l'objet d'une campagne d'affichage du 16 au 20 octobre 2023 au sein des unités et dans les salles d'attente. Par ailleurs, un questionnaire sur les directives anticipées a été présenté à la CDU du 21 septembre 2023. Il sera distribué par les représentants des usagers à l'occasion de la semaine de la sécurité des patients du 20 au 24 novembre 2023. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Les bâtiments récents ou rénovés disposent majoritairement de chambres individuelles. Des équipements de séparation sont utilisés dans les chambres doubles en particulier lors des soins. Les équipes sont attentives à maintenir les portes des chambres fermées lors des soins. Le centre de dialyse dispose de paravents permettant de respecter l'intimité des patients, ceux-ci sont enlevés une fois les patients couverts et branchés sur leur machine pour des raisons de surveillance et pour ne pas retarder la prise en compte d'une éventuelle alarme. Cependant en raison d'une localisation temporaire du service, le service de chirurgie d'hospitalisation complète d'orthopédie dispose d'une seule douche pour 17 patients. Les nouveaux locaux qui ouvriront dans quelques mois disposeront d'une douche par chambre. En attendant les patients disposent d'un cabinet de toilette par chambre, et les soignants s'assurent de leur toilette. Les patients mineurs sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants

et adolescents en pédiatrie. Des espaces de jeu sont à leur disposition. Des mesures particulières sont prises pour les enfants accueillis au bloc opératoire (circuit réservé à la prise en charge des enfants, accompagnement possible des parents en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), possibilité de se rendre au bloc avec des voitures électriques et de porter des chemises de bloc réalisées à partir de maillots de l'équipe de basket locale). En unité de chirurgie ambulatoire (UCA) les enfants bénéficient d'un circuit adapté : chambre spécifique, accueil des parents, recueil des deux consentements, accueil spécial également au bloc avec accompagnement d'un parent. Aux urgences une filière est dédiée à la prise en charge des enfants qui comprend des locaux aménagés avec des espaces de jeux dans les salles d'attente. L'autonomie des patients en situation de handicap ou âgés est préservée. Les locaux sont adaptés à toute forme de handicap. Les ascenseurs publics sont « parlants » et indiquent les numéros d'étage. En unité de chirurgie ambulatoire (UCA) un box est équipé pour l'accueil du handicap. En unité de soins de suite et de réadaptation (SSR), en unité de soins de longue durée (USLD) et unité cognitivo-comportementale (UCC) une organisation et une réflexion d'équipe ont permis de réduire le recours à la contention mécanique. En UCC la décision qui fait toujours l'objet d'une prescription médicale est limitée grâce à la présence de chambres anti intrusion qui permettent aux patients de sortir de leur chambre et de déambuler sans pouvoir entrer dans les chambres des autres patients. La contention mécanique y est utilisée en dernier recours. Cependant en USLD en dehors des contentions dans le cadre d'un épisode aigu d'agitation où la prescription est réalisée avec une surveillance et une réévaluation quotidiennes, la réévaluation de la contention mécanique (pose de barrières) n'est réalisée que tous les six mois. Bien que la plupart des patients rencontrés disent que leur douleur a été évaluée et soulagée, il a été retrouvée quelques prescriptions d'antalgiques « si besoin » sans précision explicite du niveau de douleur. Durant la visite un rappel des bonnes pratiques en matière de prescription d'antalgiques sur la base d'une échelle d'évaluation a été diffusé aux praticiens et un protocole spécifique au service de pédiatrie a été intégré au dossier patient informatisé (DPI). La présence des proches et des aidants est facilitée. Les horaires de visite sont adaptés, des locaux aménagés. Pour les parents des enfants hospitalisés en néonatalogie il existe des chambres "kangourou" permettant la présence des parents au côté de leur enfant. L'implication des proches et des aidants dans le projet de soins est favorisée, cela a été noté par exemple dans toute la filière gériatrique, pédiatrique, obstétricale et hospitalisation à domicile (HAD). En Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), des vacances sont proposées aux aidants avec le relais de l'association France ALZHEIMER. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale, repose sur un accès facilité au service social dans les secteurs grâce à la présence de travailleurs sociaux et à la présence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) sanitaire et sociale pour les patients qui ne disposent pas de protection sociale. Des dispositifs de coordination sont mis en œuvre comme le staff psycho-médico-social avec le réseau de périnatalité. La préparation de la sortie est anticipée pour prendre en compte les conditions de vie habituelle. En soins de suite et de réadaptation (SSR), la faisabilité du retour à domicile et les besoins en matériels médicaux sont évalués en équipe pluridisciplinaire. En maternité, par exemple, le dispositif de coopération avec les sage-femmes de ville, la protection maternelle et infantile (PMI) permettent d'anticiper la sortie et de proposer notamment aux parents la venue d'une auxiliaire de puériculture à leur domicile. Des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) notamment pour les personnes âgées sont proposés aux patients afin d'organiser et de sécuriser les retours à domicile. L'hospitalisation à domicile (HAD) est proposée au patient dès son entrée à chaque fois que nécessaire et facilitée par la présence au sein de l'établissement de 40 places en HAD. Les besoins des personnes en situation de handicap sont pris en compte dans les projets de soins. La prise en charge éducative des jeunes patients est adaptée à leur situation, pour les hospitalisations longues des cours sont dispensés par des enseignants. En unité de soins de suite (SSR), en unité de soins de longue durée (USLD) et Unité cognitivo-comportementale (UCC), en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) un programme d'activités pluri-hebdomadaire avec des activités diverses (musique, sport, art-thérapie, médiation/canine..) ainsi que des moyens de communication qui permettent de diminuer les troubles du comportement et de contribuer au maintien de l'autonomie et du lien social des personnes âgées et des personnes souffrant de

troubles cognitifs sont proposés. A titre d'exemple en UCC une psychologue utilise un chariot chargé de divers objets « chariot d'épicière » permettant d'attirer l'attention des patients et d'établir un contact.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	99%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

Les équipes analysent la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Des recommandations de bonnes pratiques sont disponibles pour les principales prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques complexes sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires en place dans la majorité des secteurs, ou dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie, ou encore en maternité et en néonatalogie. La pertinence de l'orientation de la mobilisation des équipes du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est évaluée par le centre 15 en concertation avec l'équipe des urgences. Une revue de tous les dossiers complexes est réalisée quotidiennement par les urgences et le SMUR. La pertinence de l'admission et du séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) est argumentée au sein des équipes et réévaluée lors des

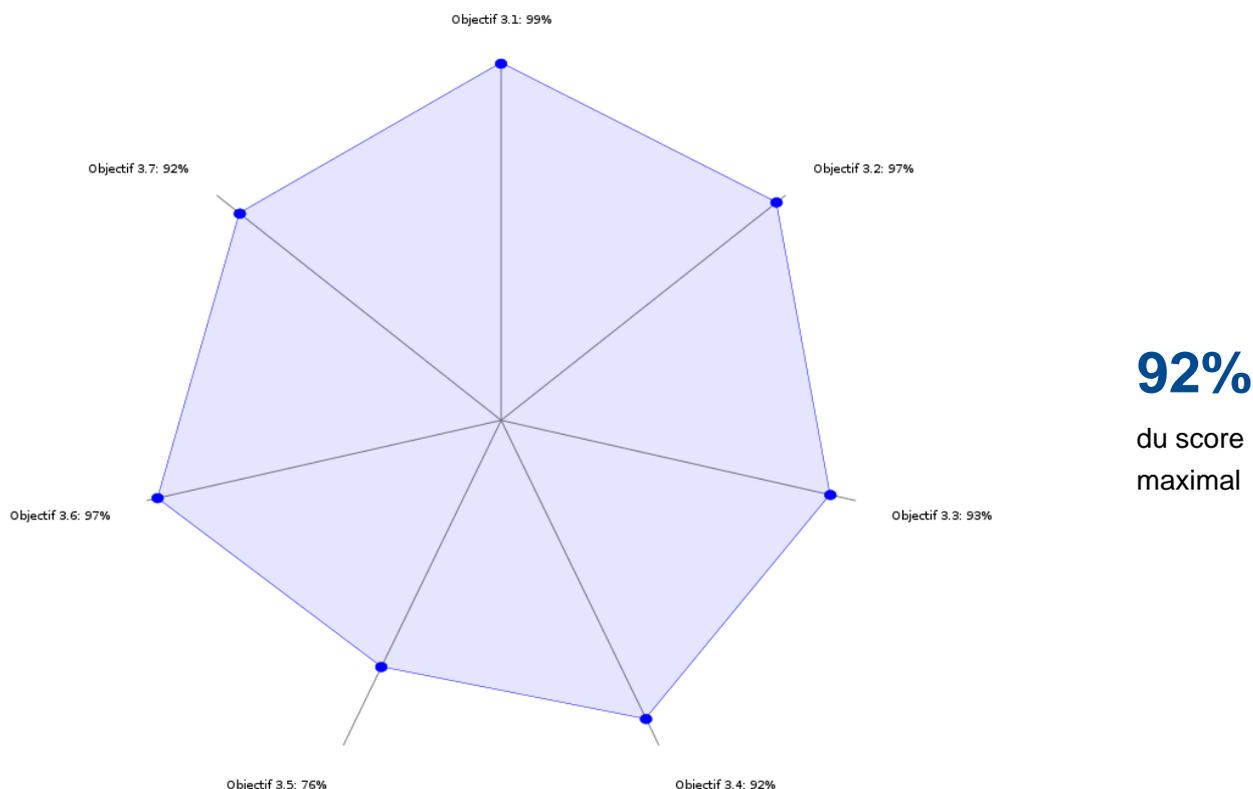
staffs hebdomadaires. La pertinence de la transfusion est argumentée notamment via une analyse bénéfique/risque avant tout acte transfusionnel. Les praticiens se réfèrent à des protocoles pour les antibiothérapies probabilistes de première intention. La traçabilité de la réévaluation des antibiothérapies initiales est majoritairement retrouvée dans les dossiers. L'infectiologie se charge au quotidien de rappeler les grands principes de la juste utilisation des anti-infectieux en matière notamment de prescription des antibiotiques et de traçabilité de la justification initiale de l'antibiothérapie dans le dossier médical. Il veille à la réévaluation et à la traçabilité de toute antibiothérapie à 48h-72h en fonction de l'évolution clinique et des éventuels résultats complémentaires. La pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé est également évaluée notamment dans le cadre d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP) qui portent sur la pertinence de la prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et sur les médicaments écrasables sur le pôle de gériatrie. L'établissement a par ailleurs identifié des profils de patients qui pourraient bénéficier de conciliations médicamenteuses, conciliations qui n'ont pas encore été déployées à ce jour. Les recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée sont appliquées et suivies dans le cadre de la politique de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée 2023-2025 et du plan d'action du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiencia des Soins (CAQES). Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient de manière pluridisciplinaire et pluri professionnelle en incluant les soins de support et la médecine de ville. Excepté pour le module prescription en soins critiques, le dossier patient informatisé est déployé dans tous les secteurs des soins et partagé par l'ensemble des intervenants. Le dossier pré-hospitalier du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) également informatisé (tablettes) est complété et accessible dans les services via un code d'accès. Aux urgences, la formation à l'accueil et l'orientation des infirmiers chargés du tri des patients est généralisée, un médecin référent est identifié, les dossiers antérieurs sont facilement accessibles. La décision d'orientation s'appuie sur une grille de tri validée en secteur adulte et sur une grille de tri spécifique aux enfants dans la filière enfant. Les enfants de moins de trois mois sont orientés en pédiatrie qui dispose d'un box spécifique d'urgence permettant une prise en charge rapide. Par ailleurs, l'orientation des patients aux urgences prend en compte l'avis du patient, un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité et un circuit bien défini tient compte du patient mineur. Les délais d'attente sont communiqués en temps réel au patient et accompagnant par l'Infirmier organisateur de l'accueil (IOA). Une organisation est mise en place pour connaître la disponibilité des lits d'aval. Les cadres des services remplissent un tableau Excel partagé avec les urgences 3 fois par 24 heures. Aux urgences, les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et la dignité des patients. De multiples dispositifs de coordination sont déployés pour mettre en œuvre le projet de soins. On peut citer par exemple les équipes mobiles de soins palliatifs, de gériatrie, d'addictologie, de psychiatrie de liaison. Aux urgences la présence d'un infirmier de liaison de psychiatrie facilite la prise en soins des patients relevant de la santé mentale. Des staffs pluri professionnels et pluri disciplinaires sont réunis dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales y compris en hospitalisation à domicile (HAD). Des collaborations avec d'autres établissements sont développées comme les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec les Hospices civils de Lyon (HCL) notamment pour la cancérologie. Le CHB a développé une activité de télé-médecine pour les avis spécialisés en oncologie avec les HCL et pour l'imagerie dans le cadre de conventions et de la présence d'une astreinte assurée par les radiologues libéraux du territoire 24H/24 les week-end et la semaine en dehors des heures ouvrables. La cellule de programmation valide chaque semaine la planification des actes interventionnels et coordonne l'intégration des interventions urgentes. La check-list sécurité du patient intégrée au dossier patient informatisée institutionnelle est utilisée au bloc opératoire et en endoscopie lors des vérifications croisées. Des audits sur la base de 30 dossiers tirés au sort permettent d'évaluer le taux de remplissage de la check list. Le dernier audit réalisé sur la période du 1er octobre 2022 au 31 mars 2023 montre un taux de remplissage des items en progression passant de 92,4% à 96,4 %. Il reste à ce jour à réaliser des audits d'observation en particulier au moment du temps de pause avant incision (Time out). La feuille d'anesthésie et la feuille de suivi des interventions intégrées au dossier patient informatisé permettent l'échange d'informations en amont du bloc, et en sortie de salle de surveillance post

interventionnelle (SSPI). Les prescriptions médicamenteuses et consignes postopératoires sont réalisées par les médecins anesthésistes dans le DPI avant la sortie de salle d'intervention et de la SSPI. En secteurs interventionnels des indicateurs d'activité et de qualité des soins suivis. Les No-Go sont suivis et à l'instar de tous les évènements indésirables ils font l'objet d'une analyse systématique en comité de retour d'expérience (CREX) en présence des professionnels concernés et présenté en conseil de bloc. La continuité de la prise en charge médicale est organisée en hospitalisation à domicile (HAD). Le patient et ses proches savent qui contacter en cas de besoin. Une astreinte infirmière et médicale est mise en place 24H/24 jours sur 7 et le recours au 15 en cas d'urgences vitales est également rappelé au patient et à ses proches. L'équipe du secteur pédiatrique anticipe la transition du jeune patient en coordination avec le secteur adulte. A partir de 17 ans, la transition est initiée, avec contact de l'équipe adulte, en accord avec le jeune patient, en fonction du parcours scolaire prévu. Au moment de la transition, le secteur adulte est contacté par téléphone. Le jeune adulte est adressé en consultation dans un premier temps. Un courrier de synthèse est adressé aux correspondants adultes. Lorsque la transition se fait au sein de l'établissement le dossier pédiatrique est totalement accessible au service qui prend le relais. Si le patient consulte un autre centre, les principales pièces du dossier sont communiquées au correspondant extérieur. En pédiatrie, avant la sortie de l'enfant, l'équipe met à jour le carnet de santé de l'enfant pour les informations utiles à son suivi tout en prenant la précaution de respecter le secret médical. Néanmoins en ambulatoire il a été constaté que le carnet de santé n'était pas toujours demandé aux parents. Suite à constat, après la visite en octobre 2023, le CHB a ajouté le carnet de santé comme document à fournir dans le passeport de chirurgie ambulatoire et dans les formalités d'admission accessibles sur le site internet de l'établissement et dans le livret d'accueil. La démarche palliative est coordonnée dans le cadre de staffs pluridisciplinaires, et de la participation de l'équipe de soins palliatifs. Comme le démontre l'indicateur qualité sécurité des soins (IQSS), il a été constaté que la lettre de liaison n'était pas toujours remise au patient le jour de son départ. Elle est envoyée au médecin traitant par courrier dans des délais variables selon les unités. Le suivi de cet indicateur a été intégré au tableau de bord des actions polaires et au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Une lettre de liaison est remise au patient détenu avec une explication faite par un médecin, le jour de sa sortie en cas de retour à domicile ou de transfert vers le CHB ou les HCL. Les professionnels s'attachent majoritairement à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Elles appliquent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Lors des transferts de patients au bloc opératoire et en imagerie, les brancardiers veillent au respect des règles d'identitovigilance (l'étiquette patient située au poignet est scannée par le brancardier qui s'assure de la concordance de la demande). Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies et connues par les équipes. La surveillance des températures des enceintes réfrigérées contenant des médicaments thermosensibles est assurée. Cependant en HAD il a été observé que les réfrigérateurs dans lesquels sont stockés les médicaments thermosensibles ne comportaient pas de dispositif permettant un enregistrement continu de la température et un dispositif d'alarme en cas de dysfonctionnement. Durant la visite des dispositifs permettant l'enregistrement continu ont été commandés par l'établissement et installés après la visite. Les transfusions sont tracées dans le dossier transfusionnel. Le dossier informatisé comporte une traçabilité de la réception des produits sanguins labiles (PSL), de leur conservation, des contrôles ... Les étapes sont détaillées et validées, il existe un rappel des consignes de pose et de surveillance, les effets secondaires sont notés et la conduite à tenir en cas d'incident est indiquée. L'équipe d'hémovigilance réalise des formations à la sécurité transfusionnelle avec l'implication de l'Etablissement Français du Sang (EFS). Le troisième temps de cette formation est effectué par une infirmière qui rappelle les bonnes pratiques et simule une chambre des erreurs. Le médecin d'hémovigilance intervient lors de l'accueil des nouveaux arrivants et des internes. Le comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), l'Equipe Opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonnent les mesures de prévention des infections associées aux soins. Les précautions standards et complémentaires sont mises en œuvre. En secteur interventionnel, les protocoles d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée des patients sont actualisés, et connus des équipes. Les vérifications sont tracées, les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres. En ambulatoire, l'autorisation de sortie est validée par

anticipation par le médecin anesthésiste sur la base d'un score de sortie. La désinfection du matériel thermosensible réutilisable d'endoscopie est centralisée et prise en charge par une équipe formée, la traçabilité du traitement est assurée. La vaccination est promue et favorisée par l'établissement. L'établissement analyse ses résultats de couverture vaccinale ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant. La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de « vaccinateurs », relais de la vaccination dans les services jours et nuit, au centre de santé publique ou encore au centre pénitentiaire). A la maternité, les équipes sont formées à la prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Les protocoles et le matériel sont mis à disposition des équipes dans des chariots. Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et des revues morbi-mortalité (RMM) pour les hémorragies graves et pour l'évaluation de l'embolisation sur place sont également réalisées. Les professionnels chargés du transport des patients sont formés aux règles de sécurité, d'identitovigilance, d'hygiène et de confort du patient. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la dénutrition, les chutes, les effets indésirables des médicaments. En dehors des soins critiques où les prescriptions sont réalisées sur une pancarte papier, les prescriptions médicamenteuses sont assurées dans tous les secteurs dans le DPI. Les consignes de suivi des médicaments sont le plus souvent connues des patients. Les pratiques d'approvisionnement en urgence répondent aux besoins des services, le transport est sécurisé. L'administration est tracée. Le circuit des produits de santé est sécurisé en HAD. L'analyse pharmaceutique de niveau 1 est complète et de niveau 2 pour les patients à risque, les avis pharmaceutiques sont consultables par les prescripteurs. Cependant le bilan thérapeutique n'est pas intégré dans le dossier pharmaceutique. Les chimiothérapies sont prescrites sur un logiciel dédié permettant de protocoliser les traitements et de tracer l'administration au regard de la prescription sur ce même logiciel. Le circuit de chimiothérapie en unité de reconstitution des chimiothérapies (URC) est maîtrisé. L'analyse pharmaceutique y est complète et systématique. L'équipe pharmaceutique participe aux RCP d'oncologie au Copil en hospitalisation de jour (HDJ). Les listings de médicaments à risque spécifiques à chaque unité sont diffusés dans les services. Les professionnels sont majoritairement formés aux bonnes pratiques d'utilisation des médicaments (règles des 5B, never events), des fiches réflexes pour douze never events sont mises à disposition des professionnels qui connaissent les médicaments à risques utilisés dans leur secteur, et les mesures particulières à appliquer. Cependant, il a été observé dans les premiers secteurs visités que le stockage des stupéfiants n'était pas complètement sécurisé; malgré l'accès aux salles de soins sécurisé, la clé des coffres est déposée dans les tiroirs des armoires à pharmacie accessibles à tous. La clé des stupéfiants n'était par conséquent pas seulement accessible aux professionnels habilités mais à tous les professionnels ayant accès à la salle de soins (infirmiers, aides-soignants...). A l'annonce de cet écart l'établissement a mis en œuvre immédiatement des actions correctives. Des boîtes à clé accessibles par code ont été installées dans toutes les unités dès le lendemain. Ce qui a été confirmé par les auditeurs lors des audits qui ont suivi. Une première évaluation du nouveau dispositif de stockage des stupéfiants qui démontrait a été réalisée après la visite. Un taux de conformité a près de 90 % a été relevé. Une nouvelle évaluation est programmée en fin d'année. Il a été par ailleurs observé que la prescription de potassium dans une unité pouvait prêter à une interprétation variable selon les infirmiers et par conséquent comporter un risque d'erreur d'administration. Suite à ce constat, la responsable de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ainsi que la présidente de la CME ont pris des mesures immédiates en rappelant aux praticiens et internes les bonnes pratiques en matière de prescription du potassium et en intégrant dans le module de prescription du dossier patient informatisé (DPI) la composition des solutés poly ionique qui comprennent deux grammes de potassium. Il existe deux modalités d'étiquetage des médicaments injectables : des étiquettes comportant tous les éléments permettant de sécuriser l'administration du médicament (nom du patient, nom et dose des médicaments, date et heure de préparation et de pose, nom de l'infirmier (IDE) qui a préparé le médicament...) peuvent être imprimées à partir de la prescription médicale faite dans le DPI et des étiquettes vierges sur lesquelles l'inscription est manuelle. L'impression de l'étiquette à partir de la prescription ne peut se faire que si la prescription médicale est

complète. Or, il a été constaté dans deux services la présence sur la paillasse dans la salle de soins de solutés contenant des antibiotiques préparés par des infirmiers avec un étiquetage non conforme. Les prescriptions ne comportant pas les modalités de dilution et le solvant à utiliser, l'impression n'a pas été possible, les étiquettes remplies manuellement par les IDE comportaient uniquement le nom du médicament, sa dose totale et le nom du patient. Un rappel sur les bonnes pratiques en matière de prescription a été fait auprès des praticiens durant la visite par la cheffe de service de la pharmacie et la présidente de CME. A noter que les imprimantes à étiquettes ont été récemment déployées dans les services. Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie. En SSR par exemple le bilan du traitement est expliqué au patient à sa sortie. Pour les patients détenus l'ordonnance est remise et expliquée au patient et une ampoule d'antidote est remis au patient toxicomane pour diminuer le risque d'overdose lors des sorties autorisées. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions. On peut citer pour exemples les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur l'antibioprophylaxie la prise en charge médicamenteuse chez les personnes âgées (IPP et médicaments écrasables), les audits de dossiers, les audits sur les bonnes pratiques de précautions complémentaires, d'hygiène des mains, sur le remplissage de la check list au bloc opératoire et en endoscopie, sur l'évaluation de l'hémorragie du postpartum à la maternité, les EPP sur le pansement hémostatique et la pose de cathéters chez le dialysé, sur les chutes en unité de soins de longue durée (USLD) ou sur les situations de mis en échec de violence verbale chez les détenus qui font l'objet d'analyse en CREX qui se réunit toutes les sept semaines. Les délais de rendus d'examens en biologie sont suivis et partagés entre les équipes du laboratoire et les services cliniques concernés. Le laboratoire est accrédité COFRAC et l'anatomopathologie met en place des actions d'amélioration comme le test Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques (AFAQAP) pour les marqueurs du sein et la mise à jour de certains protocoles de prise en charge comme celui sur les prélèvements du ganglion sentinelle. Les équipes dans certains secteurs comme en maternité sont associées à l'exploitation des résultats de la satisfaction et de l'expérience patient, ainsi que des plaintes et réclamations. Une information relative aux indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) (dont E SATIS) ait communiquée via l'encadrement, par voie d'affichage et via l'intranet. Cependant, lors des rencontres avec les professionnels, tous les professionnels rencontrés n'avaient pas toujours connaissance des recommandations de la commission des usagers et des résultats du questionnaires E.satis ni même du dispositif. Les évènements indésirables associés aux soins sont analysés avec les professionnels et donnent lieu à des actions d'amélioration comme des formations, ou des documents de bonnes pratiques. Des comités de retour d'expérience (CREX) et revues morbi-mortalité (RMM) faisant suite aux évènements indésirables graves signalés (EIGS) sont organisés dans tous les secteurs de soins. Dans les secteurs de soins critiques (réanimation, Unité de Surveillance Continue (USC) et unité soins intensifs de cardiologie), les équipes exploitent des indicateurs notamment pour le suivi des infections qui sont analysées lors de réunions pluridisciplinaires en présence du médecin référent en infectiologie. Le taux de ré hospitalisation précoce à 48/72 heures est suivi ainsi que le taux de refus d'hospitalisation. L'équipe de la coordination hospitalière des prélèvements (CHP) exploite les indicateurs du programme Cristal Action et suit le plan d'actions défini en collaboration l'Agence de Biomédecine (ABM) comme la mise en place d'un tutorat, la formation à l'entretien avec les proches, l'appel du bloc pour s'assurer de la disponibilité des équipes, le déploiement du réseau. On peut noter un faible taux de refus de prélèvement de cornées grâce notamment à l'investissement des équipes de coordination.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	93%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	92%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	76%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	92%

Etablissement support du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Bresse Haut Bugey Gex qui regroupe neuf établissements, le Centre Hospitalier Fleuryriat de Bourg en Bresse (CHB) a conçu son Projet médical 2020-2024 en complémentarité avec le Projet Médical Partagé du GHT. Il prend en compte la situation la plus défavorable de la région Auvergne-Rhône Alpes en matière de présence médicale libérale sur son territoire.

Etablissement de référence et de recours pour le département de l'Ain dans certaines spécialités médicales (avis spécialisés notamment en chirurgie vasculaire et urologique ...), le CHB a un rôle de recours et de coordonnateur sur des situations de crise. Siège du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) dispose d'une plateforme mutualisée avec le service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Le CHB s'appuie par ailleurs sur l'expertise et les activités de recours des Hospices Civils de LYON (HCL) avec lequel il a signé une convention de coopération visant notamment à organiser des filières de soins de recours telles que la neuro-chirurgie et chirurgie cardiaque. Il travaille également en partenariat avec les Hôpitaux Universitaires de Genève notamment pour l'évacuation des patients en hélicoptère dans le cadre de la traumatologie grave par exemple. Le CHB a établi de nombreux partenariats à travers des conventions pour garantir la fluidité des parcours des patients comme le partenariat avec l'ORSAC sur la prise en charge des patients du CHB dans des filières SSR neurologie, orthopédie-traumatologie et vasculaire. L'établissement a pour sa part structuré la filière gériatrique fragilité, le parcours de soins démences neurodégénératives, les parcours d'hospitalisation à temps plein locomoteur et fragilités, le parcours de soins cardio-respiratoire. Pour améliorer la fluidité des parcours, une organisation est également mise en place avec la médecine de ville pour faciliter les admissions directes dans les différentes unités de soins et anticiper les retours à domicile. Le CHB a par ailleurs signé des conventions avec les établissements médico-sociaux. Il utilise des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge, on peut citer le dispositif d'appui à la coordination (DAC) qui vient en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes. Le CHB collabore avec des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) telles que les CPTS Bugey sud, Pays de Gex, plaine de l'Ain. Des rencontres régulières sont organisées avec les professionnels libéraux. Le CHB participe à différents réseaux comme le réseau périnatale AURORE (Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique REgional ) ou le réseau urgence Rhône Alpes ou encore le réseau d'oncologie Rhône Alpes. Il a également mis en place des consultations avancées au service des établissements du GHT en chirurgie vasculaire et urologique. Le dossier patient informatisé est majoritairement déployé au sein du GHT. Des circuits spécifiques sont organisés pour les prises en charge en urgence pour l'accident vasculaire cérébral (AVC), pour les blessés graves, pour les urgences vasculaires, la neurochirurgie et la cardiologie interventionnelle. Des modalités de prise en charge rapide ont été déployées afin de favoriser les entrées directes dans les unités spécialisées organisées par chacune des spécialités, en lien avec les médecins adresseurs. Des lignes d'avis téléphoniques en gériatrie et dans les autres spécialités médicales et chirurgicales permettent des admissions directes dans les services. Par ailleurs, l'équipe mobile intra-hospitalière de gériatrie se rend aux urgences pour évaluer les patients relevant de la filière gériatrique, faciliter les admissions dans les unités du CHB ou un transfert vers un établissement du territoire. Elle assure un suivi téléphonique des patients âgés et répond aux sollicitations des médecins libéraux. Dans le cadre de la filière de prise en charge des urgences psychiatriques, la présence d'un infirmier de l'équipe de liaison de psychiatrie aux urgences 24H/24 facilite la prise en soins et l'orientation des patients. Les usagers et les médecins de ville peuvent contacter aisément l'établissement. Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives. Les modalités de communication avec le service sont indiquées sur tous les documents et sur le site internet du CHB et notamment en chirurgie ambulatoire. La télémédecine est développée notamment en oncologie avec les Hospices civils de Lyon (HCL) et en imagerie avec les radiologues libéraux. Un plan de gestion des lits est organisé avec trois niveaux de gestion sous tension. Un suivi de l'occupation des lits est tracé dans un tableau Excel partagé avec les urgences rempli trois fois par jour (13H, 17H et 6H) par les cadres des services de soins. En cas de tension sur les lits, afin de mieux répartir la charge entre les unités des lits supplémentaires sont réservés et ouvrables dans toutes les unités. En cas d'afflux massif, l'établissement s'organise dans le cadre de son plan blanc. Des structures sont ouvrables au niveau des urgences et en pédiatrie notamment en cas d'épidémie de bronchiolite. Une organisation de gestion des lits est mise en place. La gouvernance s'attache à développer une dynamique collective de culture de la

qualité et de la sécurité des soins. Les représentants des usagers y sont associés. L'établissement fait preuve d'une dynamique en matière de recherche. Il dispose d'une unité de recherche clinique et les professionnels sont impliqués dans de nombreux protocoles de recherche clinique nationaux. Il est par ailleurs promoteur d'un programme hospitalier de recherche infirmière est paramédicale (PHRIP). La promotion de l'expérience patient est un axe du projet d'établissement qui est déployée dans la plupart des services via notamment le recueil des événements indésirables (EI) signalés par les patients. Des « PRIMs » (Patient-Reported Incident Measures) sont développés et déployés dans tous les secteurs. En 2021, 1676 questionnaires de recueil d'expérience ont été enregistrés, dont 162 relatant un événement signalé par le patient aux soignants qui ont été requalifiés en PRIMs. Parmi ces événements indésirables (EI), 26 concernaient un événement indésirable associés aux soins (EIAS). Par ailleurs, le recueil de la satisfaction du patient est réalisé via le déploiement des programmes d'éducation thérapeutique notamment en diabétologie et pour l'asthme et les allergies alimentaires et un patient expert est en cours de formation en néphrologie. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'expérience patient en particulier les PRIMs. L'établissement promeut le recueil de la satisfaction des patients en participant notamment à l'enquête E-SATIS mentionnée dans le livret d'accueil. Cependant, malgré le constat d'un taux de participation des patients supérieur à la moyenne nationale, la plupart des professionnels rencontrés n'avait pas connaissance de l'enquête E-Satis. Des questionnaires d'évaluation de la satisfaction des patients spécifiques à d'autres unités comme en maternité où le taux de retour est de 80% sont également déployés. Les plaintes et réclamations sont analysées avec les représentants des usagers. Le dispositif de médiation médical est opérationnel. Le CHB assure la promotion de la culture de la bientraitance, veille au respect des droits des patients et de leur famille et lutte contre la maltraitance. La bientraitance est inscrite dans les valeurs de l'établissement via le projet d'établissement et la politique Qualité. Plusieurs actions sont déployées pour promouvoir la bientraitance. On peut citer la diffusion de la charte de la bientraitance, les formations spécifiques au pôle gériatrie (démarche palliative, déglutition, bientraitance, « gestes pour dire et parole pour faire » ...). Le respect de la dignité, de l'intimité, et de la confidentialité est pris en compte dans les projets de rénovation et dans les décisions relatives à la gestion du capacitaire. Les projets de travaux prennent en compte les obligations d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR). La charte romain Jacob est affichée dans tous les services. La maltraitance vis à vis des patients est déclarée via une fiche de signalement des événements indésirables (FSEI). Les procédures nationales relatives à la prise en charge des violences faites aux femmes, aux enfants ou aux personnes âgées sont adaptées dans les services (urgences, maternité, pôle de gériatrie et pédiatrie...). Cependant, à ce jour, il n'y a pas de revue annuelle de suivi des déclarations de maltraitance, ni de codage PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). L'accès aux soins de personnes vulnérables est favorisé grâce à plusieurs vecteurs : présence d'assistantes sociales, d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), de convention avec la protection maternelle et infantile (PMI). L'établissement dispose également d'une liste d'interprètes ainsi que d'un accès à un service d'interprétariat en ligne. L'accès des patients à leur dossier est organisé, les délais sont conformes aux recommandations. Les représentants des usagers (RU) participent aux instances (Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), le Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), le Comité de retour d'expérience (CREX)..) et sont totalement intégrés dans la démarche qualité, (participation aux CREX, sollicitation et formation pour réaliser un patient traceur..). Ils sont impliqués dans les différentes réflexions; ils ont participé notamment à la signalétique de l'hôpital et à la rédaction du livret d'accueil facile à lire et à comprendre (FALC). Ils ont connaissance en amont des réunions de la CDU des plaintes et réclamations et des événements indésirables graves (EIG) et peuvent donner un avis sur la réponse à apporter. Le projet des usagers est partagé, il est présenté en réunion cadres. Les RU participent à des manifestations des associations dans le hall de l'hôpital. Ils assureront des permanences dans la maison des usagers située dans le hall d'entrée qui doit ouvrir prochainement. L'établissement fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Un projet qualité s'articule avec les autres volets du projet d'établissement 2020-2024 et un projet managérial dont les premiers volets seront déclinés en novembre 2023 est en cours d'élaboration. Cette politique qualité déclinée à partir de la politique qualité/gestion des risques du GHT Bresse Haut Bugey, s'est construite notamment à partir des

recommandations des usagers. Elle a pour objectif le déploiement d'un management par la qualité et l'amélioration du service rendu au patient. Les responsables des services et cadres de service participent à l'élaboration et au déploiement du projet managérial. L'établissement soutient le partage d'expérience et la cohésion managériale. Les objectifs de la qualité sont discutés en comité stratégique de la qualité de la Sécurité des soins (CSQSS) co-pilotée par la Présidente de CME et la Directrice générale de l'établissement auxquels sont associés le Directeur des affaires générales, de la communication, de la qualité et des relations avec les usagers, le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et le Président de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-technique (CSIRMT). Les objectifs qualité sont déclinés au plus proche du terrain via l'encadrement et les référents qualité. Des structures d'appui et de coordination de la qualité et de la sécurité des soins de la gestion des vigilances telles que le bureau qualité, le bureau des risques, la coordination de la gestion des risques et des vigilances, les vigilances sanitaires réglementaires, le réseau des référents qualité et la sous-commission des EPP sont en place. Le suivi du programme qualité est présenté dans les différentes instances notamment en commission des usagers (CDU) au directoire, en conseil de surveillance et en CSIRMT. Ils sont déclinés via le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) intégré dans le logiciel de gestion documentaire (GED). Le suivi du PAQSS relève de la responsabilité des pôles avec l'appui des référents qualité. Un tableau de bord reprenant les indicateurs qualité est diffusé dans les services par voie d'affiche et dans l'intranet. L'établissement est engagé dans une démarche de gestion des ressources humaines qui vise le professionnalisme des personnels (évaluation des compétences, formation, accompagnement des nouveaux arrivants notamment via une journée d'accueil mensuelle, l'organisation des remplacements internes par un pool de suppléance institutionnel, le paiement d'heures supplémentaires et le recours à des contrats d'étudiants...). Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité (classeurs dans les services, fiches de poste, accès à la gestion documentaire (GED), fiches mémo pour les remplaçants médecin anesthésiste réanimateur (MAR)...). La direction des ressources humaines (DRH) et la direction des soins (DDS) veillent à l'adéquation des ressources à l'activité (maquettes organisationnelles, adaptation du capacitaire). Le travail en équipe est favorisé par l'organisation mise en place. Les managers sont formés, un tutorat est mis en place pour les cadres faisant fonction. Des outils d'aide à la communication sont déployés dans tous les services (Situation, Antécédents, Evaluation, demande (SAED)). Des mémos sont diffusés aux internes et infirmiers pour faciliter la communication. Des staffs pluri-professionnels sont réalisés dans les services. Des programmes de formation par simulation sont déployés comme en maternité. L'établissement a mis en place une politique qualité de vie au travail (QVT) définie dans les "Lignes Directrices de Gestion", document validé par le CTE de juin 2022. En dehors de situations particulières qui ont conduit à des audits internes et un accompagnement des équipes en maternité et au bloc opératoire, il n'y a à ce jour pas de démarche globale visant à faire un diagnostic auprès de l'ensemble des professionnels. Néanmoins des indicateurs sont suivis par la direction des ressources humaines tels que le turn over, le taux d'absentéisme, les besoins en formation. A ce titre l'évolution des demandes individuelles de formation ont conduit la DRH a modifié son plan de formation et a déployé davantage de formations à la communication (communication non violente, gestion de l'agressivité.) et des formations aux techniques de soins complémentaires : Toucher, kinésiologie clinique, hypnose, art-thérapie, musicothérapie sont également développées. La cellule des risques psychosociaux suit les fiches d'évènements indésirables (FEI) relevant des risques psychosociaux et les actions visant à améliorer les conditions de travail et la communication au sein des équipes. Le reclassement professionnel est accompagné par la direction des soins (DDS) et la DRH et les agents en difficulté sont reçus par la DDS et peuvent bénéficier durant un an d'un poste aménagé. Un projet d'organisation de la semaine du Handicap pour les professionnels est également prévu. Le médecin du travail accompagne également les professionnels individuellement et collectivement. Des postes de travail sont aménagés sur proposition de l'ergonome et deux psychologues interviennent auprès des équipes dans les situations de crises. Par ailleurs une semaine qualité de vie au travail a été organisée et un MAR titulaire d'un diplôme universitaire (DU) « qualité de vie au travail » vient en appui du dispositif. L'établissement a identifié

des questionnements éthiques, une formation à l'éthique est proposée aux professionnels dans le plan de formation, un comité d'éthique est en place depuis 20 ans. La gestion des conflits interpersonnels est assurée par l'encadrement médical et paramédical, il n'y a pas de possibilité de médiation respectant la confidentialité au sein de l'établissement. Le recours à un médiateur au sein du territoire est possible. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. L'établissement dispose d'un plan blanc qui a été mis à jour en 2022 pour être plus opérationnel avec les volets du plan organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). Ce plan blanc est accessible via le logiciel de gestion documentaire. La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte, dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisation de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support). Des exercices et des retours d'expérience (RETEX) sont organisés au moins une fois par an comme l'exercice incendie, ou l'exercice accueil massif de victimes (AMAVI) avec le service d'accueil des urgences, l'imagerie et le bloc opératoire en novembre 2022. Deux cyberattaques au printemps ont conduit à tester le plan de maîtrise du risque numérique qui s'est avéré performant. Un exercice nucléaire, radiologique, biologique et chimique (NRBC) est également planifié. Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) est opérationnel. Un système de badge permet un accès sécurisé du site. Le centre hospitalier de Bourg en Bresse s'est engagé dans une démarche de développement durable (DD). Une commission DD se réunit tous les 3 mois. Un référent DD est en charge de la coordination de la démarche. L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux du développement durable à partir de l'outil ANAP. Bien que des actions (Green bloc (bloc vert débuté fin 2021), parking à vélo, filières adaptées au tri des déchets.) soient mises en place, l'établissement n'a à ce jour pas décliné de plan d'actions global en faveur du développement durable (DD). Le plan d'actions en faveur du développement durable a été élaboré après la visite et sera présenté au COPIL en fin d'année. Les professionnels connaissent majoritairement la conduite à tenir pour les urgences vitales. Le CHB dispose d'une procédure de prise en charge des urgences vitales. Elle décrit le processus de prise en charge des urgences vitales et comprend notamment le numéro d'appel dédié et les signes de reconnaissance des urgences vitales. Par ailleurs les professionnels sont majoritairement formés aux gestes de première urgence (AFGSU) et dans la grande majorité des services des sacs d'urgence sont présents facilement accessibles et contrôlés par les équipes. Les soignants qui prennent en soins des enfants bénéficient d'une formation spécifique à la prise en charge des urgences pédiatriques (Réanimation avancée néonatale et pédiatrique (RANP)). En hôpital de jour de pédiatrie, il a été observé la présence d'une affiche sur la porte du poste de soins permettant d'identifier que le matériel d'urgence vital est présent dans le poste. Cependant, il n'y avait qu'un obus d'oxygène (O2) non identifié et un plan dur dans un recoin et dans la pièce adjacente d'examen dans un tiroir identifié « ambu matériel MEOPA » des Ballons auto remplisseurs à Valve Unidirectionnelle (BAVU). Il n'y avait pas de défibrillateur, ni de sac d'urgence. En cas d'urgence vitale, l'unité d'hospitalisation complète de pédiatrie doit être appelée pour faire acheminer le chariot d'urgence complet qui contient aussi les médicaments d'urgence, ce qui peut générer une perte de temps, ce d'autant que l'HDJ est séparée de la pédiatrie par un long couloir et que le secteur de pédiatrie est fermé. Un document de type fiche mémo intégré dans la GED précise qu'en cas d'urgence vitale de l'enfant, le numéro unique de l'établissement doit être appelé. Cependant, les professionnels présents expliquent qu'en cas d'arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'un enfant, le pédiatre de garde est appelé sur le numéro de garde. Ce numéro est disponible sur un panneau dans le poste des IDE (différent du poste de soins), sans précision qu'il s'agit du numéro à appeler en cas d'urgence vitale. A l'annonce de ce constat l'établissement a mis immédiatement en place des mesures correctives. Un sac d'urgence a été mis à disposition dans le service, la procédure d'urgence vitale a été rediffusée à l'équipe médicale et paramédicale et le numéro d'appel unique a été affiché sur la porte de la salle de soins. Par ailleurs, le CHB souligne que le déploiement récent (mai 2023) du numéro unique « 2222 » sur l'établissement dans le cadre de la campagne européenne « Code bleu » a pu participer à la confusion dans la réponse des professionnels. L'évaluation du dispositif « 2222 » est programmée en novembre, à 6 mois du déploiement du numéro unique, et comprendra la revue des événements survenus en pédiatrie. Les

observations trimestrielles dans ces secteurs et sur le reste de l'établissement viendront compléter cette évaluation et permettront d'évaluer l'appropriation par les équipes des actions mises en place. La dynamique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins est soutenue par la gouvernance. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées via le site intranet et la gestion documentaire. La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Lors des réunions mensuelles de la commission médicale d'établissement (CME) un point qualité est systématiquement mis à l'ordre du jour et les informations concernant les recommandations sont diffusées. Cependant à ce jour, il n'y a pas de démarche globale d'évaluation de la culture qualité auprès des professionnels. Les référents vigilances assurent la veille réglementaire. Un bilan des vigilances est présenté lors de la réunion annuelle de coordination des vigilances. Une coordination interne et externes des vigilances sanitaires est effective. Les alertes ascendantes et descendantes sont réalisées via les FEI. Les Indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) sont présentés dans différents bilans (CQSS, commission des usagers (CDU), comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)). Ils sont intégrés aux documents qualité affichés dans services. Ils sont présentés aux instances. Ils sont accessibles sur le site internet du CHB. Cependant, malgré l'affichage dans les services tous les professionnels rencontrés n'avaient pas une réelle connaissance des recommandations des usagers et des résultats des indicateurs qualité au niveau de l'établissement et plus particulièrement de leur service. Cette méconnaissance des résultats ne leur permettait pas d'avoir une connaissance précise du plan d'action en regard. Par exemple lors de la remarque sur le constat de la dégradation de l'indicateur Consommation des solutions hydro alcooliques (ICSHA) dans certains services; les professionnels n'avaient pas tous connaissance du résultat de l'indicateur. A noter que l'EOH explique cette dégradation pour certains services par les nombreux déménagements qui ont conduit à des transferts de commandes d'un service à un autre. Les professionnels déclarent les événements indésirables (EI) via un logiciel. Ils sont associés à l'analyse des événements indésirables (EI). Le bureau qualité se réunit pour analyser tous les EI déclarés et déterminer les EI faisant l'objet d'une analyse approfondie (comité de retour d'expérience (CREX) et Revue de Morbi-mortalité (RMM)) qui sont déployés dans tous les services et de plan d'actions. Les événements indésirables graves (EIG) sont déclarés à l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le besoin journalier en lits d'aval des urgences est suivi quotidiennement. Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est renseigné au jour le jour, 7 jours sur 7. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Finaliser la maîtrise de la prise en charge médicamenteuse sur la conformité des prescriptions de potassium et la sécurisation du stockage des médicaments thermosensibles en HAD et des stupéfiants. Finaliser la prise en charge de l'urgence vitale en hôpital de jour de pédiatrie. Compléter le carnet de l'enfant en chirurgie ambulatoire. La commission de certification souligne la réactivité de l'établissement en visite et l'invite à pérenniser ses actions d'amélioration.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	010780054	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE	900 route de paris Cs 90401 01012 Bourg En Bresse FRANCE
Établissement principal	010000024	GHT BRESSE HAUT BUGEY - CENTRE HOSPITALIER DE BOURG EN BRESSE FLEYRIAT	900, route de paris Cs 90401 01012 Bourg En Bresse FRANCE
Établissement géographique	010780823	HOTEL-DIEU ETABLIT DE SOINS DE LONGUE DUREE BOURG-EN-BRESSE	47 bd de brou 01000 Bourg-En-Bresse
Établissement géographique	010009314	SSR HOTEL DIEU	47 boulevard de brou 01000 BOURG EN BRESSE FRANCE
Établissement géographique	010009702	UHR - EHPAD	10 avenue louis jourdan 01000 BOURG EN BRESSE FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Oui
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Oui
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	5,227
Nombre de passages aux urgences générales	42,278
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	153,342
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	272

Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	73
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	43
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	20
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	4
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	39,403
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	22
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	4
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	22
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	10
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	70
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	13
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	105
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	18
Activité Hospitalière PSY	

Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	12
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	45

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
2	Traceur ciblé			Urgences Adultes
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
4	Traceur ciblé			Urgences Adultes
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte	

			Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
6	Traceur ciblé			En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
7	Traceur ciblé			Chimiothérapie
8	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable
9	Traceur ciblé			Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
10	Audit système			
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète	

			Soins Médicaux et de Réadaptation	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
16	Traceur ciblé			Médicament à risque per os
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
18	Audit système			
19	Traceur ciblé			En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
	Traceur			précautions complémentaires

21	ciblé			
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Médecine	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
27	Traceur ciblé			Per-opérateur (Bloc général hors endoscopie et hors salle de

				naissance)
28	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
29	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
30	Traceur ciblé			Médicament antibiotique injectable/ Per os
31	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
	Patient		Tout l'établissement	

32	traceur		Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée Médecine	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité	
35	Traceur ciblé			Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
36	Audit système			
37	Audit système			
38	Audit système			
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

39			Patient atteint d'un cancer Adulte Hospitalisation complète Médecine	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
44	Audit système			

45	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Médecine</p>	
46	Traceur ciblé			Endoscopie
47	Traceur ciblé			Transport couché inter site
48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
49	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
50	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Maternité</p>	

51	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	
52	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
53	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
54	Audit système			
55	Audit système			
	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p>	

56			Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
57	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
58	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
59	Audit système			
60	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
61	Traceur ciblé			Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
62	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	

63	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Maternité	
64	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Médecine	
65	Traceur ciblé			médicaments à risque injectables
66	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
67	Audit système			
68	Audit système			
69	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
	Audit			

70	systeme			
71	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation à domicile Médecine	
72	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
73	Audit système			
74	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
75	Traceur ciblé			Transport couché
76	Audit système			
77	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

