



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAL DE FOURVIERE

10 rue roger radisson
69322 LYON 05



Validé par la HAS en Janvier 2025

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 – Janvier 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	25
Annexe 3. Programme de visite	29

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

HOPITAL DE FOURVIERE	
Adresse	10 rue roger radisson 69322 LYON 05 Cedex FRANCE
Département / Région	Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	690780432	ASSOCIATION HOPITAL DE FOURVIERE	10 rue roger radison 69322 LYON 05 Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

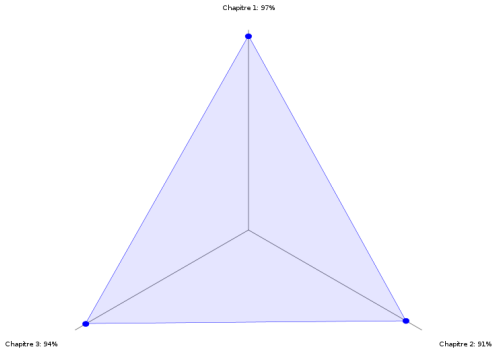
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

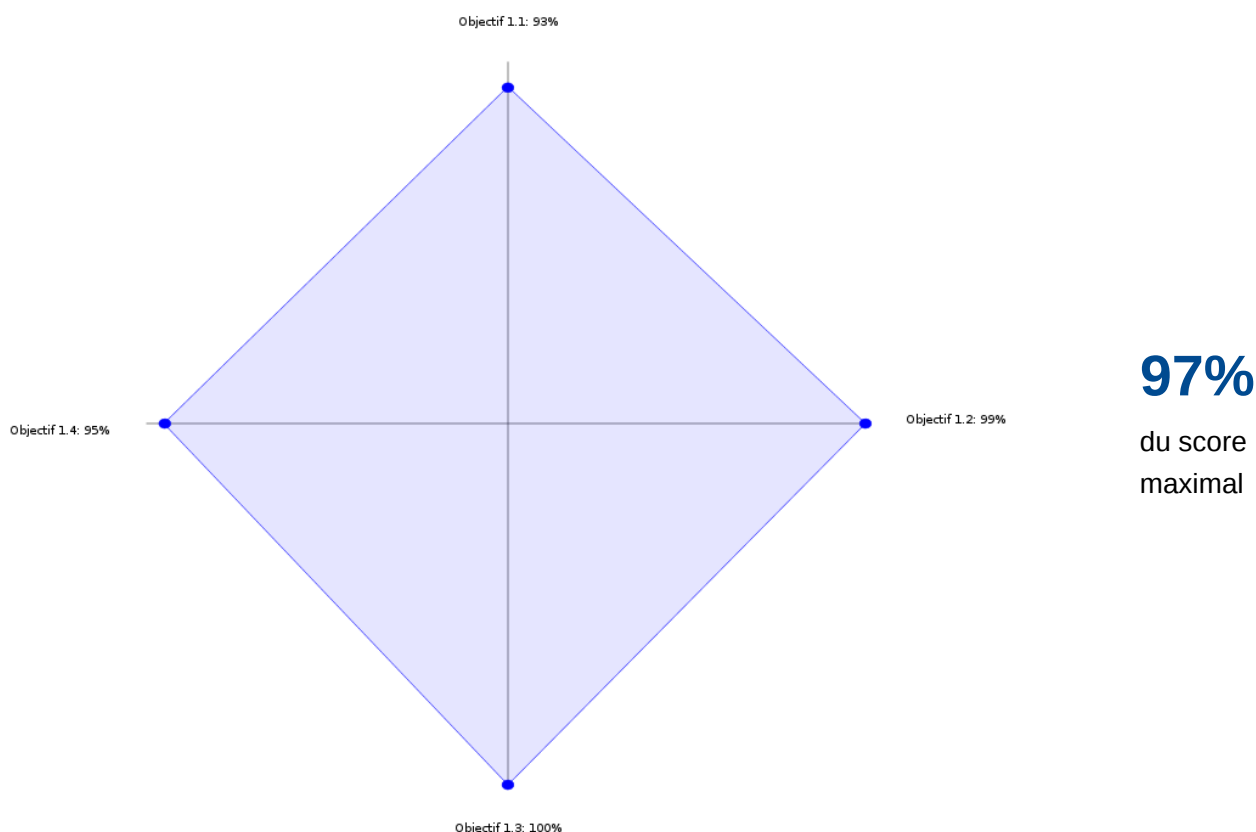
Au regard du profil de l'établissement, [98](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



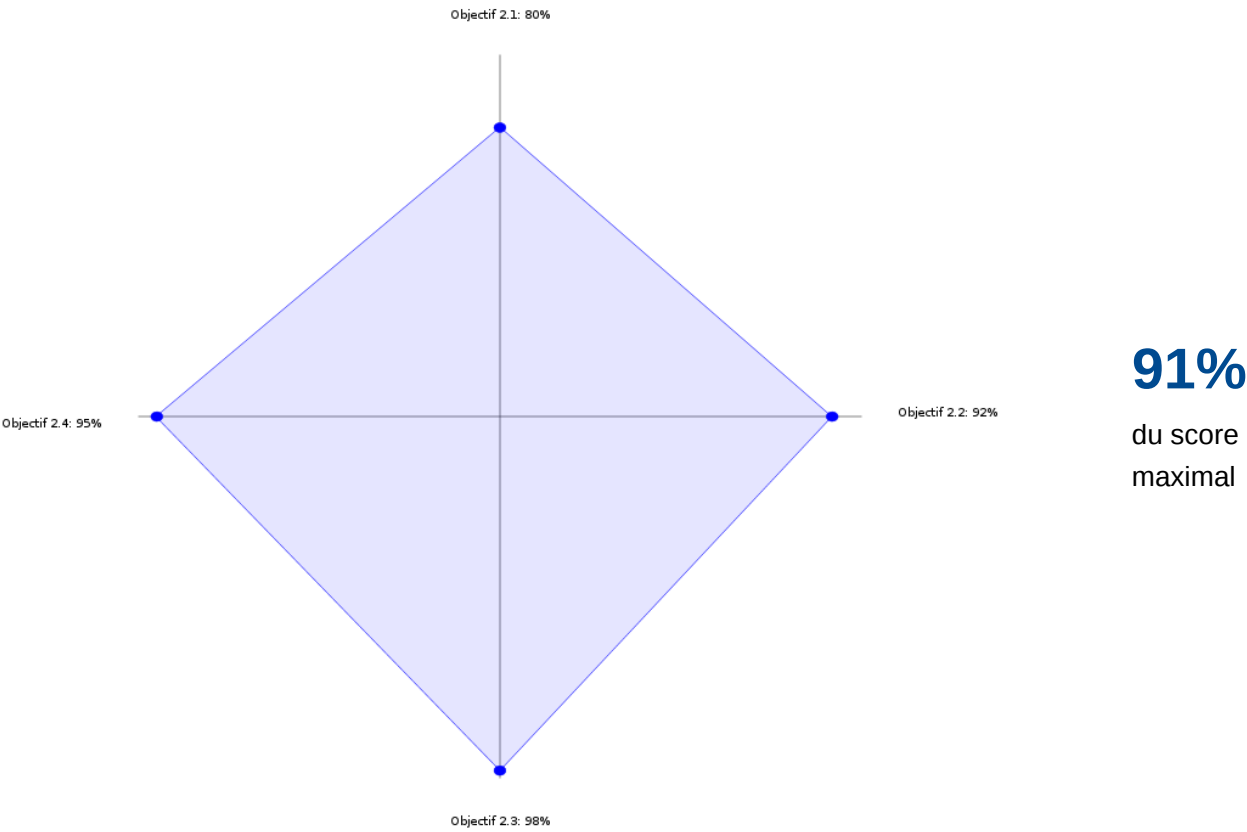
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	95%

Le patient est un véritable acteur de sa prise en charge. Il est impliqué, ainsi que son entourage, dans les décisions concernant cette dernière au sein de l'ensemble des services de l'hôpital de Fourvière. Avec son accord, un projet de soins personnalisé (pour les services de médecine et de rééducation) et un projet d'accompagnement individuel (pour l'unité de soins de longue durée) sont formalisés et réajustés en cours de séjour. Ils associent les proches et les aidants. Tout au long de son séjour. L'ensemble des équipes médico-soignantes portent une attention particulière à ce que les patients soient associés à leur projet de soins. L'évaluation bénéfice/risque est expliquée et partagée avec le patient. En unité de soins de longue durée cette analyse est renforcée par l'organisation d'une rencontre de préadmission. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé. Cependant il n'a pas été retrouvé, dans la totalité des services de

l'hôpital, de support d'information sur les messages de santé publique. Il bénéficie, ainsi que son entourage, d'une information claire et adaptée à son niveau de compréhension concernant les modalités de sa prise en charge. Cependant, malgré la complétude de l'information qui lui ait donné par le biais de nombreux canaux mis en place par l'établissement (livret d'accueil, entretien à l'admission, affichage dans les services ...), les patients méconnaissent le fait que son équipe de soin alimente et peut consulter son dossier médical partagé (DMP) lui offrant la possibilité de s'y opposer. Ils ne savent pas non plus qu'ils doivent échanger auprès de l'équipe de soins via une messagerie sécurisée. Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction par le biais de questionnaires de sortie dans les services de court et moyen séjour. Cependant on ne retrouve pas de questionnaire de satisfaction remis aux patients des unités de soins de longue durée mais seulement des enquêtes ponctuelles de satisfaction dédiées à la restauration. Le questionnaire E-satis ne s'applique pas actuellement à l'établissement en médecine (moins de 500 admissions par an). En SMR l'établissement sera pour la première fois répondant en 2024. Le patient est informé par les équipes sur son droit à rédiger ses directives anticipées. L'information donnée par les équipes de l'hôpital de Fourvière sur ce droit est développée et adaptée à chaque profil de patient. L'établissement a mis en place des modalités qui permettent de recueillir la volonté du patient en situation de fin de vie et d'accéder aux soins palliatifs. Celle-ci est particulièrement recherchée dans un but de soulager la douleur et de prendre en compte la souffrance psychologique, spirituelle et sociale. L'établissement a mis en place des mesures déployées sur le terrain qui visent à garantir le respect de l'intimité et de la dignité du patient. A titre d'exemple des paravents sont installés dans toutes les chambres doubles afin de préserver cette intimité lors des soins. De même la confidentialité et le secret professionnel sont respectés au cours de son séjour quel que soit le mode d'hospitalisation. Les professionnels rencontrés au sein de chaque secteur ont le souci permanent du respect de ces droits. Cependant la tenue vestimentaire des patients accédant aux plateaux techniques de rééducation n'est pas toujours adaptée car il a été constaté en cours de visite deux patients porteurs de tenues ne permettant pas le respect de leur dignité (surblouse malade et pyjama). Le maintien de l'autonomie du patient âgé et handicapé est particulièrement recherché par les équipes médico-soignantes de l'hôpital. Des mesures adaptées permettant ce maintien sont déployées dans tous les services (utilisation d'échelles validées et tracées dans le dossier patient informatisé concernant les actes de la vie quotidienne et les actes essentiels). Le recours à la contention est formalisé dans une procédure. Toute forme de contention fait l'objet d'une prescription médicale, d'une réévaluation et d'une surveillance tracée dans le dossier patient informatisé. La prise en charge de la douleur fait l'objet d'une attention particulière avec une évaluation réalisée sur la base d'échelles adaptées à la population accueillie et tracées systématiquement dans le dossier du patient. Un regard spécifique est porté sur le traitement de la douleur induite par les soins. Le suivi de la prise en charge de la douleur est régulièrement réévalué lors des différents temps de synthèse dans l'ensemble des services. Les prescriptions d'antalgiques établies en cas de « si besoin » précisent le seuil de déclenchement de la prise de traitement. Un Comité de lutte contre la douleur ainsi qu'un groupe de travail dédié sont en place. On note la récurrence de nombreuses formations et sensibilisations à l'attention des professionnels soignants sur cette thématique. Enfin, des solutions alternatives pour la prise en charge de la douleur sont proposées aux patients (aromathérapie, hypnose). Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins, particulièrement dans les situations difficiles et complexes. Des actions innovantes sont mises en place à l'instar de la création de l'espace de répit « Pause aimants » plaçant le couple aidant/aidé au centre du parcours de soins. Des locaux adaptés permettent des échanges entre le patient et ses proches dans des conditions de respect de l'intimité et de la confidentialité. Le patient en situation de précarité sociale est orienté vers les services sociaux intra-établissement. Equipes soignantes et assistants sociaux sont articulés et échangent régulièrement lors des réunions pluri professionnelles. Cependant il a été constaté en cours de visites que des patients n'avaient pas eu accès au service social alors qu'ils auraient pu en avoir besoin. (1 patient en hôpital de jour et deux patients en hospitalisation complète). Les besoins et les préférences du patient âgé vivant avec un handicap sont pris en compte. Les activités et les actions pluriprofessionnelles mises en œuvre prennent en compte les déficiences cognitives des patients. On peut citer le travail réalisé en matière

de prévention des chutes, l'organisation d'activités de groupe dans les services de SMR dénommé « le petit bal » permettant la mobilisation des patients, les jeux interactifs en Unité Cognitivo-Comportemental (UCC) de type « Tovertafel » qui favorisent la réhabilitation cognitive, l'utilisation de stimulateurs sensoriels en Unité d'Hébergement Renforcée (UHR) de type « Snoezelen » ou encore l'activité « jardin/potager » proposée aux patients des Unités de Soins Longue Durée (USLD).

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	80%
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	92%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	95%

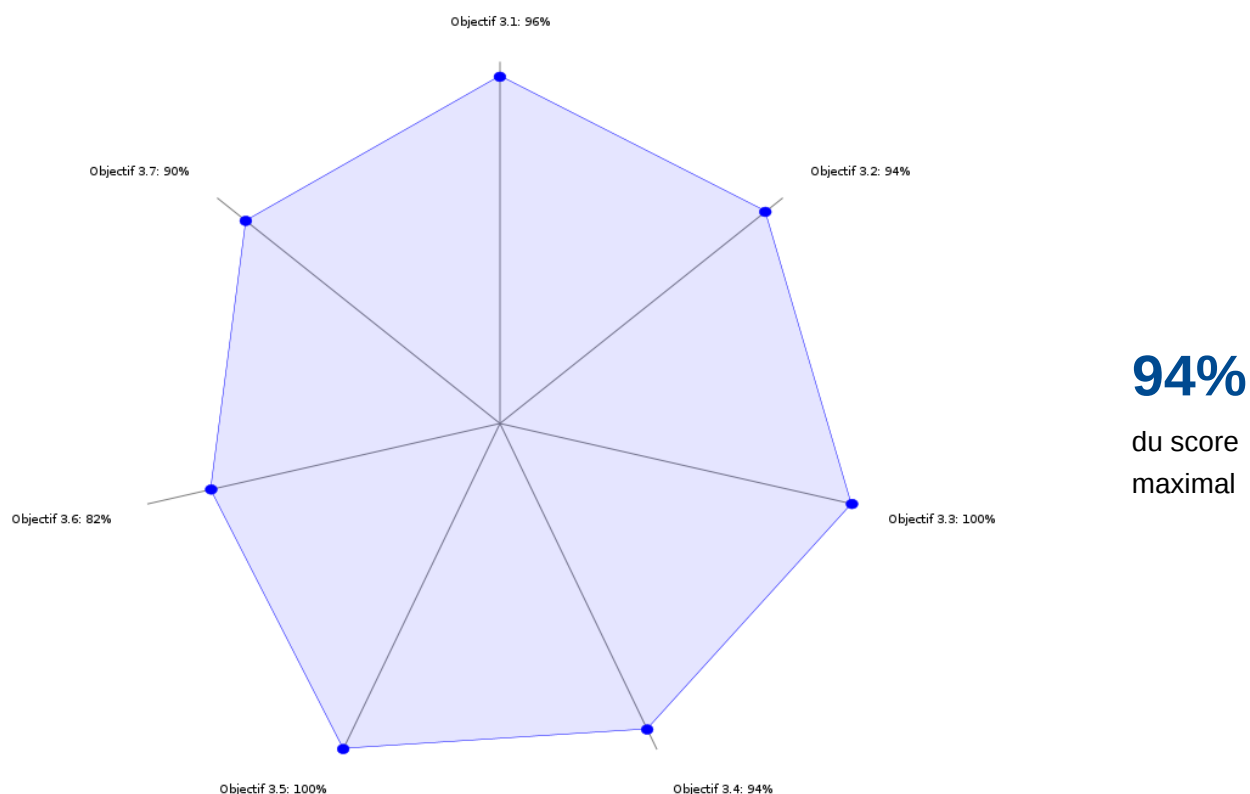
La pertinence des séjours en Soins Médicaux et de réadaptation (SMR) et la pertinence de la réévaluation de ceux-ci sont argumentées et se font en concertation pluri professionnelle lors de réunions de synthèse hebdomadaires qui se déclinent sur l'ensemble des services de l'hôpital de Fourvière. En médecine et en SMR, le projet de soins est réalisé précocement au moment de l'admission et réajusté tout au long du séjour. Pour les patients en USLD le PAI (projet d'accompagnement individualisé) est réalisé environ 6 semaines après l'admission du patient à l'aide d'un document complet exprimant la prise en charge globale du patient dont ses directives anticipées qui sont systématiquement discutées et notées à ce moment précis. Le document est réévalué au moins une fois par an et plus si nécessaire en fonction de l'évolution du patient lors des synthèses. L'ensemble des professionnels intervenants dans chacun des services partagent les informations nécessaires

à la prise en charge des patients au cours des réunions de synthèse pluri professionnelles ainsi que quotidiennement lors des temps de relèves du matin. La traçabilité de leur prise en charge dans le dossier patient informatisé (DPI) est identifiée par un code couleur métier ce qui facilite la recherche des informations. L'organisation de la sortie du patient est préparée en amont. Une enveloppe de sortie récapitulative centralise les documents nécessaires (ordonnances, rendez-vous à venir, prise de sang, bons de transport). Les modalités de sortie mises en place permettent également de préciser les aides techniques et humaines pour le retour à domicile. A la sortie du patient une lettre de liaison contenant l'ensemble des éléments garantissant la continuité des soins lui est remise ainsi qu'à son médecin traitant. Elle est également versée dans le dossier médical partagé (DMP) sur mon espace santé. A noter la grande complétude de cette lettre avec la présence du bilan thérapeutique, ce que confirme les derniers résultats de l'indicateur qualité et sécurité des soins dédiés à cet item. Concernant les prises en charges d'aval en hospitalisation à domicile il n'existe pas à ce jour d'analyse annuelle des transferts associant HAD et services prescripteurs de l'hôpital. Les médecins de chaque service veillent à ce que toutes les prescriptions de traitement antibiotiques soient justifiées. Ils peuvent se référer à un médecin référent interne mais également faire appel à un référent antibiothérapie externe en cas de besoin. On retrouve dans le dossier patient la traçabilité d'une évaluation de la pertinence de ces prescriptions entre la 24ème et la 72ème heure. Un guide, régulièrement mis à jour, complète ce dispositif pour apporter tout soutien à la prescription et au suivi d'une antibiothérapie. Il est accessible 24/24h via la gestion électronique documentaire. Les médecins sont sensibilisés dès leur arrivée dans l'établissement par une des deux pharmaciennes et les internes sont pris en charge à chaque début de semestre sur cette thématique. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est argumentée. Une analyse bénéfice/risque est réalisée pour chaque acte de transfusion réalisée au sein de l'hôpital. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Le dossier transfusionnel regroupe l'ensemble des traçabilités et des surveillances attendues. Un correspondant local d'hémovigilance a été désigné. Des formations et sensibilisations auprès des soignantes sont organisées soit en présentiel, soit en e-learning. Un tutorat systématique est organisé pour toute nouvelle infirmière avant la réalisation d'une transfusion. L'analyse de pertinence des actes transfusionnels est réalisée annuellement lors d'une des quatre réunions du Comité de Sécurité Transfusionnel et d'Hémovigilance (CSTH). La réunion de fin d'année associe le correspondant régional d'hémovigilance de l'ARS et l'EFS. Elle permet notamment la présentation de bilan annuel en termes de consommation de poches et de destruction. La coordination pluri professionnelle est effective tout au long de la prise en charge du patient lors de nombreux moments d'échanges et réunions de façon journalière et hebdomadaire autour d'un dossier médical informatisé. Ce dernier contient tous les éléments utiles à la prise en charge du patient et la traçabilité en temps utile est assurée de façon exhaustive par l'ensemble des professionnels impliqués (médecins, soignants, rééducateurs, fonction support) dans tous les services de l'hôpital. Les équipes médicales de l'hôpital de Fourvière ont accès au dossier médical partagé (DMP) et au dossier pharmaceutique du patient. Cette coordination pluri professionnelle permet la mise en place de projet de soins adapté aux besoins et préférences du patient. On peut noter la mise en place d'un projet d'accompagnement individualisé dans les unités de soins de longue durée. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour des patients ayant des traitements conséquents avec l'aide d'étudiants en pharmacie en cinquième année. Les équipes de soins peuvent faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours en intra-hospitalier (par exemple équipe mobile de gériatrie, référents antibiotiques et risque infectieux) et à l'extérieur (par exemple équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, équipe mobile maladie Alzheimer). Les patients peuvent également bénéficier de consultation externes en stomathérapie, cardiologie et psychiatrie. Les modalités de recours à la télésanté sont en cours de mise en place et plus spécifiquement de la téléexpertise dont le projet est finalisé et qui va être opérationnel dans les prochaines semaines. Dans les services accueillant des patients en fin de vie, la démarche palliative est coordonnée et fait l'objet de concertation pluri professionnel en présence de médecin et d'infirmières de soins palliatifs salariées de l'hôpital. Un médecin et une cadre de santé possèdent le DU en soins palliatifs. Les équipes ont également recours à l'équipe mobile de soins palliatifs du centre des Massues. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes du parcours patient. Les

lieux où s'effectuent l'identification des patients ainsi que les acteurs impliqués dans la qualification de l'identification sont connus. Les équipes peuvent contacter la cellule d'identitovigilance de l'établissement en cas de besoin. Le correspondant identito-vigilant est bien identifié. La mise en application des vigilances sanitaires est effective. Les responsables sont identifiés des professionnels rencontrés, les modalités de réception et de transmissions des alertes de vigilance sont connues. Le dispositif est opérationnel 24h sur 24, 7 jours sur 7. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments. Lors de chaque admission, et au cours du séjour si nécessaire, les médecins de chaque service de l'hôpital prescrivent le traitement médicamenteux sur un support unique intégré dans le dossier patient informatisé. La dispensation des médicaments est réalisée dans des conditions adaptées et sécurisées. Les pharmaciens de l'établissement réalisent de façon quasi systématique l'analyse pharmaceutique ainsi que les modifications apportées le week-end par le médecin de garde et les interventions des pharmaciens sont prises en compte par les équipes médicales. Les équipes soignantes respectent également les bonnes pratiques d'administration des médicaments. A souligner un travail récent et abouti sur la prévention des interruptions de tâches au moment de l'administration médicamenteuse. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. L'identification du médicament à risque est assurée jusqu'à son administration au lit du patient. L'établissement a mis en œuvre une réflexion spécifique à ce sujet portée par un groupe de travail pilotée par les pharmaciens de l'hôpital et un cadre de santé référent. De nombreuses formations et sensibilisation sont organisées et une liste de médicaments à risque établie par la commission médicale de l'établissement est adaptée et connue. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations des bonnes pratiques. Cependant il a été constaté que les conditions de transport des stupéfiants entre la Pharmacie à Usage Interne et les armoires de pharmacie des unités n'étaient pas sécurisées. L'établissement a immédiatement réagi en mettant à disposition des préparatrices de pharmacies des contenants sécurisés dont il a été constaté leur utilisation effective. La procédure a également été modifiée et diffusée. Par ailleurs la traçabilité de la conservation du froid pour deux produits thermosensibles n'était pas assurée les samedis et dimanches dans le réfrigérateur de l'unité d'hospitalisation de jour. Pour remédier à ce dysfonctionnement il a été décidé de sécuriser les traitements dans un réfrigérateur d'un secteur de soins le week-end en attendant une solution plus pérenne. La procédure a été réajustée en ce sens. Le risque infectieux est maîtrisé. L'organisation de la prévention du risque infectieux est structurée par une Equipe Opérationnelle Hygiène (Médecin et infirmière hygiénistes, pharmacienne et médecin président du Clin). Il est également fait appel à une équipe sectorielle de prévention du risque infectieux (ESPRI). Une convention avec l'hôpital St Luc St Joseph permet la mise à disposition d'un infectiologue qui délivre des avis et conseils. Des référents en hygiène sont identifiés. L'accompagnement des équipes et l'évaluation des pratiques sont effectués essentiellement par l'infirmière hygiéniste : chambre des erreurs, 2022, hydratation par voie S/C, traçabilité des abords veineux dans le DPI, hygiène des mains (boîte à coucou, quiz sur l'absence de bijou pulpe friction, les olympiades de l'hygiène. Les précautions standards et complémentaires sont connues et appliquées par les professionnels. De même, les équipes maîtrisent le risque infectieux liés au circuit des dispositifs médicaux invasifs. La maîtrise du risque lié à l'utilisation de rayonnements ionisants est assurée cependant il n'a pas été retrouvé la traçabilité de la quantité de dose reçue dans les dossiers des patients. Le transport des patients en intra-hospitalier est assuré par une équipe de brancardiers formés aux règles d'hygiène, de sécurité, d'identitovigilance. Des fauteuils roulants confortables sont utilisés. A défaut, le patient est transporté dans son lit. Les délais sont adaptés aux besoins. Les équipes analysent les résultats cliniques au moyen d'évaluations de pratiques professionnelles ou d'autres méthodes comme les traceurs ou les analyses de causes profondes d'un dysfonctionnement lors de réunions consacrées aux retours d'expérience et identifient les axes d'amélioration potentiels. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients en médecine et SMR. Cependant, la majorité des professionnels rencontrés n'avaient pas la connaissance des actions d'amélioration mises en œuvre suite à des plaintes et réclamations de patients et il n'existe pas à ce jour de questionnaire de satisfaction pour les patients des USLD. Les résultats des IQSS sont exploités par l'établissement et permettent d'objectiver le niveau d'atteinte des

cibles. Dans l'ensemble des services, les équipes sont régulièrement informées de ces résultats au moyen d'affichage et d'intervention de la cellule qualité ou de relais par l'encadrement des risques. Elles ont connaissance des plans d'actions mis en place suite à l'analyse de ces indicateurs. Un travail spécifique, initié depuis quelques années et toujours en cours, est réalisé au niveau de l'indicateur de consommation de solution hydroalcoolique au regard des résultats de l'indicateur. Un plan d'actions a été déterminé par le CLIN de l'établissement. La gestion des événements indésirables associés aux soins (EIAS) est organisée au sein de l'établissement. L'organisation mise en place offre la possibilité aux professionnels de déclarer ces EIAS. Une charte d'incitation à la déclaration est diffusée et connue des professionnels rencontrés. La notion du « presque-accident » est assimilée par les équipes rencontrées (événements porteurs de risque). Dans le cas d'événements indésirables graves (EIG), un retour d'expérience est organisé avec les acteurs concernés. Les analyses s'appuient sur la méthode d'analyse systémiques des causes de type ALARM. Une revue des événements indésirables est assurée tous les 2 mois par le service qualité dans l'ensemble des services de l'hôpital de Fourvière. Y sont abordés les déclarations des professionnels par service ainsi que les retours d'expérience concernant les EIG de l'ensemble de toutes les unités de l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	96%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	82%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	90%

L'hôpital de Fourvière a su définir ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. A cet effet, un comité de pilotage « partenariats-parcours patient » a été instauré. Un de ses principaux objectifs est la mise en place d'une stratégie partenariale globale et pérenne. L'établissement participe à de nombreux projets territoriaux de parcours et collabore avec un grand nombre d'acteurs pour assurer une prise en charge

complète des personnes âgées. A ce titre, on peut noter son rôle d'établissement support de la filière gériatrique Lyon 5 et sa grande implication dans la filière cognitivo-comportementale en mettant à disposition de la population âgée du secteur et des professionnels de santé, une consultation mémoire labélisée, une unité d'hébergement renforcé et une unité cognitivo-comportementale. L'établissement dispose également d'une équipe mobile gériatrique (EMG) ouverte sur l'extérieur. Elle contribue à la fluidification du parcours gériatrique en assurant une continuité des soins en milieu hospitalier (services hospitaliers et service d'accueil des urgences de l'hôpital Saint Joseph/Saint Luc), au domicile des patients et en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Des conventions ont été signées et déployées avec des établissements publics (hôpital Saint Joseph/Saint Luc, Hôpitaux civils de Lyon) et privés de court et moyen séjour. Une convention permettant le repli des patients vers des services de soins critiques de l'hôpital saint Joseph/Saint Luc est opérationnelle. De même, le partenariat est développé avec l'ensemble des professionnels libéraux, un listing des ressources médicales de recours sur le territoire étant à disposition des équipes de l'établissement. Ce maillage territorial permet à l'hôpital d'être visible au sein de son territoire, d'en être un acteur incontournable dans sa spécialité et d'être reconnu par l'ensemble des partenaires. Une politique "d'aller vers" les EHPADs a été mise en œuvre par le biais notamment des interventions de l'EMG sur simple demande de ces derniers. Par ailleurs, le service social de l'hôpital et l'EMG participent à de nombreuses instances de concertation gériatriques (réunions de filière gériatrique, comité local de santé mental Lyon 5ème). L'établissement travaille avec différentes équipes mobiles (notamment psychiatrie de la personne âgée, maladie Alzheimer) ainsi qu'avec le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) de son secteur. Enfin on peut noter que L'hôpital de Fourvière contribue activement au développement de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) « Lyon 5 », étant conventionné avec cette dernière, membre de son bureau, et participant à un groupe de travail dénommé « sortie d'hôpital ». L'établissement, grâce notamment à l'action de son EMG en amont, permet d'éviter une ré-hospitalisation du sujet âgé en passant par le service des urgences ou encore au moyen de la possibilité de repli direct d'un résident en EHPAD vers l'Unité Cognitivo-Comportemental (UCC). Concernant les modalités de communication, on peut noter que l'établissement veille à l'actualisation de ses saisies sur le répertoire Opérationnelle des Ressources (ROR). L'établissement a mis en œuvre des modalités de communication permettant aux usagers et aux médecins de ville de le contacter aisément (accueil téléphonique 24h sur 24, 7 jours sur 7, site internet actualisé avec notamment un « accès pro »). Le recueil de l'expression du patient est inscrit dans le projet stratégique de l'établissement. Le recueil de la satisfaction est assuré au moyen de questionnaires de sortie (dont le taux de retour actuel est autour de 25%). L'absence de questionnaire de satisfaction au niveau des services d'unités de soins de Longue Durée (USLD) est palliée par des enquêtes régulières de satisfaction notamment sur la thématique des repas. Les résultats sont analysés régulièrement en Commission Des Usagers (CDU) et des actions correctives intégrés dans le Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) sont mises en place à la suite de ces analyses. Cependant, on ne retrouve pas encore de questionnaires totalement dédiés à l'expérience patient. L'hôpital a su mettre en place une communication centrée sur le patient. On retrouve un volet communication formalisé à cet effet dans son projet stratégique. La promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients et/ou leur entourage est assurée (livret d'accueil réalisé avec les représentants des usagers, livret d'accueil du nouvel arrivant, nombreux outils et supports de communication à destination des patients format papier ou électronique, gazette de Fourvière en Unité de Soins de Longue Durée). Les plans de développement des compétences présentés par l'établissement intègrent des formations en lien avec la « communication patient ». Le sujet de la promotion de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance est mis en exergue dans l'ensemble des volets du projet stratégique de l'hôpital de Fourvière. Cette promotion de la bientraitance est réalisée de façon régulière au sein des équipes. Le respect des patients et de leur entourage est activement promu au sein des équipes de l'ensemble des services. A cet effet des formations et des sensibilisations auprès des professionnels sont assurées chaque année de façon récurrente (formation humanitude et nombreux ateliers dédiés). Les risques impactant la bientraitance sont identifiés par les professionnels rencontrés. Une charte de bientraitance est diffusée auprès

des professionnels de terrain. Par ailleurs un groupe de travail pluriprofessionnel dédié à la bientraitance est en place depuis deux années. L'Hôpital lutte contre la maltraitance en son sein. La procédure de signalement de maltraitance est diffusée et connue. Elle vient d'être actualisée. Elle a fait l'objet d'une présentation en atelier de sensibilisation en septembre 2024 et a été présentée dans tous les services de soins. La diffusion des bonnes pratiques et des outils permettant le repérage de cas de maltraitance est assurée. Des modalités d'écoute du patient et notamment du patient vulnérable sont mises en œuvre par les équipes. Toutefois, la direction ne recense pas encore les cas de maltraitance dans le PMSI ce qui ne le lui permet pas la mise en place d'un plan d'action suite à ce recensement. L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap et favorise l'accès aux soins de l'ensemble de ses patients, personnes âgées vulnérables par définition. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. La place donnée aux Représentants des Usagers (RU), dont une est présidente de la CDU, favorise leur forte implication. Ils participent activement à la CDU et même au-delà des attendus de la réglementation en vigueur. Ils participent également à des réunions de travail dont certaines ont permis l'élaboration du projet des usagers et la réactualisation du livret d'accueil. Par ailleurs, ils sont force de propositions. On peut évoquer par exemple la mise en place en 2023 sous leur impulsion d'un contenant installé au chevet du patient, permettant le recueil de toutes formes de prothèses (auditives et dentaires). Cependant, il n'existe pas encore d'actions de communication ou de sensibilisation menées par les RU directement auprès des patients. On note l'intervention de nombreuses associations de bénévoles auprès des patients de l'établissement. L'accès du patient à son dossier est organisé et les délais de remise sont suivis et présentés en CDU. Ils respectent les recommandations en vigueur. La Direction Générale et la CME de l'Hôpital ont mis en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins fondée sur un management par la qualité. Les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins sont inscrits dans une politique qualité, volet spécifique du projet stratégique de l'établissement. Elle vient d'être actualisée. Elle est pilotée par deux instances que sont la commission exécutive et le comité de direction dans lesquels on retrouve la direction générale et la direction médicale. Les orientations prioritaires de cette politique sont déclinées dans un PAQSS. Elles sont fondées sur une analyse globale des données propres à l'établissement, des risques, et des évolutions réglementaires et littéraires. La cellule qualité est chargée d'assurer la déclinaison de cette politique qualité sur le terrain appuyée par les cadres de santé et les différentes équipes médicales. Elle assure la diffusion du PAQSS dans l'ensemble des services de l'établissement au moyen d'un logiciel de gestion documentaire mais également par la présentation d'extraits du PAQSS dans les diverses instances de l'hôpital (CME, CDU, CLIN, CLUD, CLAN). La déclinaison de cette politique se fait également par le biais de nombreux ateliers mis en place lors des campagnes nationales de type semaine sécurité du patient et au sein des nombreux groupes travail existants (risque infectieux, prise en charge de la douleur, nutrition, bientraitance, urgences vitales ...). La sensibilisation des professionnels à la déclaration d'évènement indésirable ou de presque-accident est assurée tout comme la diffusion dans les services des indicateurs qualité et sécurité des soins. Un journal interne qualité (Déclit) contribue à la diffusion auprès de tous les professionnels des objectifs qualité et des résultats obtenus. La gouvernance veille à l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et l'activité afin d'assurer la qualité de la prise en charge des patients. L'établissement permet la mise en place de dispositions transitoires (intérim, accès à une plateforme dédiée aux remplacements) en cas de manque de ressources ponctuelles. La direction de l'hôpital impulse et soutient le travail en équipe avec notamment la mise en œuvre de synchronisation des temps médicaux, paramédicaux, en lien avec les acteurs sociaux. Dans tous les services de l'établissement, des temps d'échange sont organisés pour soutenir le travail en équipe (Relèves quotidiennes médico-soignantes, temps de synthèse hebdomadaire incluant les équipes de rééducation et les services, réunions hebdomadaires de l'ensemble des équipes médicales). Un groupe de réflexion éthique est en place depuis 2022. Il a succédé à un comité éthique qui ne fonctionnait plus depuis le début de la crise sanitaire. Il est piloté par une psychanalyste-psychothérapeute externe à l'établissement. Sa composition est pluriprofessionnelle et il se réunit régulièrement (sept à huit fois par an). La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est définie dans le volet

RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises) du projet stratégique de l'établissement. Elle a été élaborée en concertation avec les Instances Représentatives du Personnel (IRP) qui sont également associées à son suivi. Cette politique a été mise en place dès 2016 dans le cadre d'un groupe de travail initié par l'ARS Auvergne-Rhône Alpes en lien avec l'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) qui proposait un inventaire de départ enrichi par la suite des suggestions des professionnels de l'établissement. En 2022, un questionnaire de satisfaction spécifique et anonyme leur a également été remis. Un groupe de pilotage pluriprofessionnel de la qualité de vie au travail est en place. La déclinaison de cette politique sur le terrain a permis d'améliorer les conditions de travail des professionnels. On peut évoquer notamment les actions suivantes : mise en place d'une grille d'évaluation de la charge en soins tenant compte de la charge de travail dans les services, sécurisation de l'accès aux parkings et aux locaux, ou encore accès possible à une salle de sport située à l'intérieur des locaux hospitaliers. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est adaptée et maîtrisée. A cet effet un plan de gestion des tensions hospitalières actualisé est formalisé et diffusé. On y retrouve les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles ainsi que des fiches réflexes pour chaque membre de la cellule de crise qui est opérationnelle et mobilisable sous 45 minutes. Les objectifs de l'établissement sont conformes au plan ORSAN du territoire (Etablissement de troisième ligne). Toutefois l'hôpital n'organise pas à ce jour d'exercice annuel de simulation de crise ni de retour d'expérience le cas échéant. La prévention de l'atteinte à la personne et aux biens est assurée. A cet effet, un plan de sécurisation de l'établissement a été formalisé et diffusé. Il est adapté aux enjeux de l'hôpital et à ses ressources. Les risques environnementaux sont analysés, tout comme les enjeux de développement durable. Une politique dédiée au développement durable est formalisée dans le volet RSE du projet stratégique de l'établissement. Un schéma directeur bâtiminaire intègre également les enjeux de développement durable. Un référent développement durable a été désigné (responsable technique et logistique). Un premier diagnostic concernant les consommations énergétiques de l'établissement et la production de déchets a été réalisé en 2019. Il a été réactualisé en 2023. L'établissement met en œuvre des actions de sensibilisation sur ces thématiques au moyen d'affichages dans tous les services et d'ateliers dédiés au cours desquels une « fresque du climat » est présentée. La déclinaison de cette politique se traduit notamment par le suivi régulier des consommations énergétiques, l'utilisation progressive de lampes LED et de détecteurs d'éclairage, la mise en place de système de régulation de température dans les locaux, ou encore des travaux engagés au niveau des huisseries dans une recherche d'optimisation de l'isolation thermique. Le circuit des déchets est maîtrisé et est conforme aux recommandations. Une filière est en place pour chaque type de déchet. Une procédure sur le tri des déchets a été révisée dernièrement et est diffusée au sein de l'ensemble des unités hospitalières. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée au sein de l'hôpital de Fourvière. Un numéro d'appel unique et dédié, permettant de contacter sans délai, un médecin en cas d'urgence a été mis en place et il est connu par les professionnels rencontrés dans chaque service. Les chariots et/ou valises d'urgence sont contrôlés régulièrement dans chaque unité de soins. Leur vérification est tracée dans un registre. A noter une action d'harmonisation des chariots d'urgence entreprise dernièrement accompagnée d'une formation aux professionnels. Ces derniers bénéficient également de mises en situations d'urgence vitale organisées annuellement. Les professionnels sont sensibilisés sur cet item au moyen de plusieurs actions comme le « Quizz urgences vitales » diffusé au cours l'été 2023 ou divers affichages. La formation des nouveaux arrivants est assurée par une référente et un groupe de travail dédié aux urgences vitales est en place. Toutefois, même si certains professionnels ont bénéficié de formation d'une journée à la prise en charge des urgences vitales, une majorité d'entre eux ne sont pas à jour de leur recyclage AFGSU niveau 1 ou niveau 2 (Attestation de Formation aux Gestes de Soins et Urgence). L'établissement a identifié cette problématique et a initié des actions de rattrapage auprès d'organismes agréés démarrées au cours du deuxième semestre 2024 qui se poursuivront en 2025. La direction de l'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins assurant la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques aux équipes par le biais de nombreuses actions. On peut citer par exemple les évaluations de pratiques professionnelles déployées par les équipes

hospitalières. L'établissement participe aux campagnes nationales FORAP-HAS permettant de mesurer la culture de sécurité des soins diffusé au sein de l'établissement. Enfin, si l'hôpital prend en compte le point de vue de patient dans son programme d'action qualité, les professionnels rencontrés ne connaissaient pas les actions mises en place dans l'hôpital à la suite de propositions émanant des représentants des usagers. 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 :

- Assurer l'intimité et la dignité des patients au plateau technique de rééducation. Réaliser un exercice de simulation du plan blanc afin que les professionnels connaissent toutes les modalités d'alerte. Poursuivre le recyclage des formations à l'urgence vitale. Pérenniser la sécurisation du transport des stupéfiants et la traçabilité de la conservation du froid des médicaments en HDJ les week-ends. Réaliser une analyse des la pertinence des transferts en HAD.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	690780432	ASSOCIATION HOPITAL DE FOURVIERE	10 rue roger radison 69322 LYON 05 Cedex FRANCE
Établissement principal	690000245	HOPITAL DE FOURVIERE	10 rue roger radisson 69322 LYON 05 Cedex FRANCE
Établissement géographique	690006887	HOPITAL DE FOURVIERE - SOINS DE LONGUE DUREE	10 rue roger radisson 69005 Lyon 05eme

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
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)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
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)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
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	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
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	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
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	58
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	2
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	58
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	2
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	80
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	100
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
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)	0
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	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système			
2	Audit système			
3	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
5	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

6	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
8	Audit système			
9	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Audit système			
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Audit système			
22	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Audit système			
24	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
25	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
26	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

27	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
28	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
29	Traceur ciblé			Prescription PSL
30	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
31	Traceur ciblé			Balnéothérapie
32	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
33	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
34	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

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

