



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
D'ALBERTVILLE
MOUTIERS**

253 rue pierre de coubertin
Bp 126
73208 Albertville



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	20
Annexe 3. Programme de visite	24

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 sous conditions de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER D'ALBERTVILLE MOUTIERS	
Adresse	253 rue pierre de coubertin Bp 126 73208 Albertville FRANCE
Département / Région	Savoie / 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	730002839	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ALBERTVILLE MOUTIERS	253 rue pierre de coubertin Bp 126 73208 Albertville 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
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 de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

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

Chapitre 1 : Le patient

Les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils confirment la bonne compréhension de l'information transmise, dans l'ensemble des services qu'il s'agisse des adultes ou des enfants avec des supports adaptés. Ils sont associés à la réflexion bénéfices/risques, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé selon la prise en charge (endoscopie, chirurgie). Il existe un document abordant les informations sur la personne de confiance et les directives anticipées. A ce titre, la personne de confiance est identifiée dans le dossier du patient et l'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées est expliquée au patient. L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence de l'équipe mobile. Pour les prises en charge en ambulatoire, un passeport est transmis au patient en consultation ou les explications données lors de téléconsultations avec les médecins de station qui adressent des patients. Les consignes de suivi des traitements médicamenteux et des soins à la sortie sont connues de la plupart des patients. Des actions d'éducation thérapeutique sont mises en place (exemple sur l'utilisation des PCA et concentrateur d'oxygène en HAD). Les informations liées aux produits sanguins labiles sont communiquées au patient; toutefois il n'existe pas d'information écrite pré-transfusionnelle délivrée au patient. Pour les mineurs, l'information est adaptée. Le projet de soins est connu des patients et des proches, qui sont facilement associés. Les contacts des représentants des usagers sont affichés à l'entrée de chaque service et stipulés dans le livret d'accueil institutionnel. Cependant, les patients rencontrés n'ont pas tous intégré ces informations. Les patients, malgré la mise à disposition du livret d'accueil, ne savent pas toujours comment signaler un événement indésirable, ni formuler une plainte ou réclamation et n'ont pas connaissance de l'implémentation de leur Dossier Médical Partagé (DMP) et la nécessité d'échanger avec l'équipe de soins par une messagerie sécurisée. Ils ne connaissent pas les moyens de sécurisation de leurs objets de valeurs (absence de coffre dans les chambres). Dans les unités et les zones d'accueil des services, ainsi que dans les chambres des messages de prévention et de santé publique sont proposés (violence intrafamiliales, enfance en danger, nutrition, environnement de l'enfant, tabac, alcool, grippe). 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 équipes sont attentives à maintenir les portes des chambres fermées lors des soins. L'environnement des patients mineurs est adapté en service d'hospitalisation, en ambulatoire, en SSPI et aux urgences malgré l'architecture des locaux. L'autonomie des personnes âgées est préservée ; une évaluation du degré d'autonomie est systématiquement réalisée et des actions mises en œuvre. Des mesures permettant le maintien de l'autonomie du patient vivant avec un handicap ont également été constatées (patiente mal voyante). La contention mécanique est utilisée en dernier recours, après réflexion en équipe ; il a été relevé l'absence d'indication et de ré évaluation sur une situation de prise en charge. Les évaluations et les traitements de la douleur sont tracés dans le dossier patient. Toutefois on relève des prescriptions d'antalgique en « si besoin » qui ne sont pas associées à un niveau de douleur. Les alternatives aux traitements médicamenteux, comme l'aromathérapie ou luminothérapie sont développées. Les proches soulignent la disponibilité et l'écoute des professionnels. Les horaires de visite sont adaptés en cas de besoin ; des lits accompagnants sont disponibles, notamment pour les familles des patients mineurs. Leur implication dans le projet de soins est favorisée en particulier lors de la consultation d'annonce où les proches sont systématiquement présents. Dans les situations difficiles les proches et aidants sont impliqués dans la prise en charge du patient. L'environnement du patient, dont le contexte psycho-social est pris en compte, ainsi que par l'implication des proches et aidants du patient en HAD. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte en amont de l'hospitalisation et en cours de séjour. En USLD, de nombreuses animations sont proposées aux patients. Afin de prendre en compte les conditions de vie habituelle, la

préparation de la sortie (retour à domicile ou transfert via Trajectoire) est anticipée et organisée en lien avec les soignants. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale, repose sur un accès facilité aux assistantes sociales. Pour les patients mineurs, une adaptation au rythme de vie de l'enfant est proposée (programmation du jour d'intervention) et du matériel adapté est mis à disposition (voiturette, lit à barreaux), toutefois l'établissement n'a pas intégré les préoccupations sociales, éducatives et scolaires de l'enfant au cours de son séjour.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours (notamment de la filière montagne), des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour les principales prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des réunions de staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. Un lien privilégié avec le CH de Métropole Savoie (CHMS) permet d'échanger rapidement avec les spécialistes sur des situations complexes (oncologie). Les demandes d'admission en SMR sont analysées par un médecin et un cadre de santé. Les prises en charge sont revues dès la première phase du séjour et ensuite lors des synthèses pluriprofessionnelles hebdomadaires. Ces ré évaluations sont tracées dans le dossier. Il existe un recours à l'Hospitalisation A Domicile (HAD). En HAD, la gestion de l'admission du patient est coordonnée médicalement et la prise en charge est structurée en équipe pluridisciplinaire, en analysant les demandes Via-Trajectoire ou demandes transmises par les médecins traitants ; toutefois l'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation des transferts en HAD. Les praticiens disposent de protocoles actualisés pour l'antibiothérapie. Un référent infectiologue met à jour ces protocoles. Il assure la formation des médecins de l'établissement. La justification de la mise en œuvre d'une antibiothérapie est argumentée. La ré évaluation du traitement entre 24 et 72H est retrouvée dans le dossier patient informatisé. Pour les produits sanguins labiles une analyse de la pertinence a été réalisée notamment sur les transfusions nocturnes ; il est constaté un faible taux de destruction. Les données patient sont accessibles en temps utile à tous les acteurs de soins (médecins, soignants, soins de support) et les éléments nécessaires sont tracés (antécédents, allergies, traitements, motif d'hospitalisation) dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Il n'existe pas toujours d'analyse de la qualité des informations transmises entre le secteur interventionnel et les services de soins. Il subsiste quelques documents papier comme la fiche de surveillance per opératoire ; un projet est en cours avec l'utilisation d'un logiciel métier. Le dossier pré hospitalier du SMUR comporte tous les éléments recueillis nécessaires à la poursuite de la prise en charge des patients. L'équipe des urgences assure un tri des patients de façon efficace dès l'arrivée par une prise en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation qui est formé à cette fonction. Il existe un circuit pour les enfants et les patients relevant d'une prise en charge psychiatrique ; de même une attention particulière est portée pour la prise en charge de la personne âgée. De multiples dispositifs de coordination sont déployés pour la mise en œuvre du projet de soins. Les décisions de prises en charge complexes peuvent être discutées en réunions médicales. Pour la cancérologie, les dossiers des patients sont discutés en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire avec les établissements du GHT et également les radiologues et biologistes libéraux. Les équipes peuvent faire appel à des professionnels ressources en interne et en externe (Comité de Lutte contre la Douleur, Equipe Mobile de Gériatrie, Equipe Mobile de Soins Palliatifs, Equipe Opérationnelle d'Hygiène, Equipe de liaison en psychiatrie). La prise en charge palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est coordonnée ; pour Les situations difficiles des réunions d'équipe associant les proches peuvent être organisées. Les transmissions inter équipes et les visites journalières des médecins contribuent au réajustement du projet thérapeutique. En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile est assurée 24h/24 et 7j/7. La check-list sécurité des patients est utilisée lors des vérifications croisées par tous les professionnels concernés (en endoscopie, en chirurgie et maternité) ; analyse des Go No Go réalisée. Lors des rares déprogrammations d'intervention au bloc opératoire, un délai raisonnable est proposé au patient ; les équipes du bloc opératoire ont analysé ces écarts de programmation. L'établissement a complètement intégré les soins non programmés dans son organisation. La lettre de liaison est éditée le jour de la sortie et le bilan thérapeutique est retrouvé dans la lettre de liaison. Les modalités de recours à la télésanté ne sont pas connues et formalisées dans tous les services, mais en place aux urgences et au bloc. Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les

règles d'identitovigilance sont connues des équipes. Un bracelet est disponible pour l'ensemble des patients, excepté en USLD où les équipes ont instauré d'autres pratiques (étiquette patient sur le lit, étiquette sur les piluliers). Les professionnels se sont appropriés les modalités de gestion des vigilances sanitaires. La pharmacie propose une dispensation nominative permettant de sécuriser le circuit du médicament. L'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée de façon systématique pour tous les patients ; seules certaines classes médicamenteuses font l'objet de cette analyse au sein de l'établissement. L'approvisionnement, le stockage et le transport des produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques, en particulier pour les médicaments thermosensibles qui disposent d'une surveillance en continue avec report d'alarme. On note pour la préparation des perfusions un étiquetage non conforme (absence d'identité du patient, incomplétude des informations sur la perfusion). L'établissement a défini une cible pour la mise en place de la conciliation médicamenteuse (personne âgée). Concernant les médicaments à risque, des listes existent mais elles ne sont pas adaptées aux services ; de plus certains médicaments à risque listés ne sont pas identifiés et inversement. Les professionnels n'ont pas tous acquis la notion de médicaments à risque. Le stockage des médicaments à risque n'est pas toujours conforme (mélanges avec d'autres médicaments par exemple). En HAD, le circuit des produits de santé est maîtrisé. Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins. De nombreux audits de pratiques sont menés au sein de l'établissement sur les différentes thématiques (hygiène des mains, précautions standard et complémentaires) ; seuls les dispositifs invasifs (cathéter, sonde urinaire) n'ont pas fait l'objet d'évaluation. L'EOH est une équipe ressource importante pour les équipes. Les équipes connaissent et appliquent les bonnes pratiques concernant les dispositifs invasifs (cathéter veineux, sonde urinaire) ; toutefois les équipes ne connaissent pas le taux d'ICSHA de leur service et l'établissement n'a pas mis en place d'actions d'amélioration. Concernant le risque infectieux lié aux endoscopes, la prise en charge des endoscopes est maîtrisée ; leur prise en charge est assurée par un personnel formé qui respecte les bonnes pratiques et utilise les éléments de protection adaptés. Les endoscopes font l'objet d'un contrôle microbiologique (cahier de vie de l'endoscope) et les pratiques font l'objet d'évaluation et de plan d'actions. La prévention du risque infectieux au bloc opératoire est garantie par le respect des bonnes pratiques dont la réalisation de l'antibioprophylaxie ; les protocoles ont été mis à jour et le personnel est formé. La prescription de l'antibioprophylaxie est présente dès la consultation d'anesthésie ; des évaluations sont réalisées et sont suivies d'actions d'amélioration. Concernant la préparation cutanée du patient, il existe des protocoles, connus des professionnels. Les équipes respectent les bonnes pratiques concernant la tenue que ce soit dans les services ou au bloc opératoire. Pour les patients pris en charge en ambulatoire l'autorisation de sortie est signée à partir d'un score. En cas de transfusion, le dossier transfusionnel est complet (traçabilité) et le personnel est formé aux bonnes pratiques d'hémovigilance ; le circuit est maîtrisé avec réalisation du contrôle ultime selon les recommandations et une surveillance est organisée. Un référent radioprotection est nommé (manipulateur en radiologie) et les doses reçues par le patient sont consignées dans le compte rendu opératoire ainsi que le matériel utilisé. Les professionnels concernés utilisent les éléments de protection et portent des dosimètres. Concernant la vaccination, des campagnes de sensibilisation sont réalisées (grippe, COVID, coqueluche, rougeole) et la vaccination anti grippale est proposée aux professionnels. La vaccination anti grippale est gérée en lien avec le service de médecine de santé au travail sur site. Les encadrants ne connaissent pas toujours le taux de vaccination de leur équipe et il n'existe pas d'analyse des freins à cette vaccination en regard du faible taux de vaccination au sein de l'établissement. 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 sondes vésicales, les effets indésirables des médicaments. Des brancardiers sont chargés en interne du transport des patients ; ils connaissent les règles de sécurité et de confort du patient. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions. Il existe des actions d'évaluation des pratiques professionnelles qui ne sont pas systématiquement accompagnées d'un suivi et d'un plan d'actions ; certaines démarches ne sont pas formalisées au niveau institutionnel. Il a été recensé peu de dispositifs du recueil de l'expérience patient au sein des services. Au-delà de l'exploitation des résultats d'e-

Satis, des évaluations de la satisfaction patient sont réalisées sur la base de questionnaires adaptés à l'activité. Les professionnels mettent en place les actions d'amélioration qui en découlent ; le Programme d'Amélioration de la Qualité Sécurité des Soins mentionne ces actions. Les résultats des indicateurs sont exploités : indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux sur la qualité et la sécurité des soins notamment (lettre de liaison, Indicateurs hygiène des mains, projet de soins en SMR), toutefois les équipes ne connaissent pas les actions d'amélioration en lien avec les IQSS. Les évènements indésirables associés aux soins sont analysés avec les professionnels. Les professionnels s'appuient sur une méthode d'analyse des causes. Des Revues de Morbi Mortalité et des Comités de Retour d'Expérience sont en place avec l'appui du service qualité. Dans le service disposant de lits de surveillance continue, et bien que l'établissement ne réalise pas de prélèvement d'organe, les professionnels connaissent l'organisation pour contacter des centres de référence pour les patients en cas de mort cérébrale éligible au don. Les ré hospitalisations précoces des patients de surveillance continue ne sont pas suivies et le service n'a pas mis en place de cahier des refus d'admission. Concernant les prélèvements de biologie, il existe un biologiste qui est identifié comme interlocuteur privilégié, ce qui permet un partage d'informations avec les équipes sur la qualité des prescriptions et les modalités de prélèvements. Les délais de rendu des résultats d'imagerie sont satisfaisants ; les radiologues du CHAM ou libéraux participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier Albertville-Moutiers (CHAM) est un établissement en direction commune avec le Centre Hospitalier Métropole Savoie (CHMS) permettant ainsi la mutualisation de nombreuses prestations (médicales avec des équipes mobiles et des temps partagés ou des fonctions supports). Une dynamique territoriale de santé est impulsée au travers du Groupement Hospitalier de Territoire Savoie-Belley (rencontres mensuelles des établissements) dont le CHMS est l'établissement support. Des liens forts existent avec des partenaires locaux publics (CH St Pierre d'Albigny, également en direction commune, CHS de Savoie, CH Vallée de la Maurienne) et privés avec comme axe fort la filière montagne; des dispositifs tels que, les deux CPTS (Communauté Professionnelle de Territoire de Santé) Arlysère, et Tarentaise, réseaux de soins RP2S (Réseau Périnatal des 2 Savoie), 3C, PASS (Permanence d'Accès Aux Soins), SAS73 (Service d'accès aux soins), REQUA (Réseau d'Echanges QUALité) ou encore Urg'ARA sont présents sur le territoire ainsi que plusieurs Groupement d'Intérêt Economique (IRM, Scanner) ou Groupement de Coopération Sanitaire (blanchisserie). Le CHAM dispose d'un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD). Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est régulièrement actualisé ; un projet à l'échelle du territoire est en cours pour améliorer le recueil automatisé. Des filières de proximité sont identifiées, en particulier la filière montagne ADN des établissements du bassin, la filière gérontologique de Tarentaise, la filière psychiatrique (équipe de liaison), l'oncologie digestive par exemple. L'établissement s'est organisé, notamment avec l'appui de l'équipe mobile de gériatrie et la mise en place d'une hot line, afin d'éviter les passages aux urgences des personnes âgées (environ 15% d'entrée directes en Médecine). Les délais de délivrance et la qualité de la lettre de liaison sont suivis et abordés en Commission Médicale d'Etablissement, Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico Techniques et Commission Des Usagers (CDU). Les usagers et les partenaires peuvent joindre l'établissement via le site internet ou par téléphone avec un accueil téléphonique. Les numéros d'appel téléphonique sont communiqués aux patients. L'établissement participe à plusieurs travaux de recherche (étude SARC-ONCO sur la sarcopénie par exemple, ou étude PROCEDOL en lien avec le CHU de Bordeaux) et va s'organiser autour du GCS Recherche clinique des deux Savoie. De plus, un questionnaire destiné aux professionnels souhaitant s'engager dans des projets de recherche a été diffusé (en cours d'analyse). La promotion de l'engagement du patient est portée par la gouvernance. Le recueil de l'expression patient est un des trois axes de sa politique qualité « L'implication des usagers et la prise en compte de leurs attentes et droits dans la démarche qualité de l'établissement ». Cette évaluation de la satisfaction est basée sur la démarche e-Satis ; toutefois l'établissement n'a pas mis en place de suivi du nombre d'adresses mail recueillies, ce qui ne permet pas d'identifier d'axe potentiel d'amélioration sur le recueil de la satisfaction. De nombreux questionnaires internes sont également déployés dans les services en complément d'e-Satis (maternité, néonatalogie, Unité de Chirurgie Ambulatoire par exemple). Les résultats de ces enquêtes de satisfaction e-Satis sont exploités et transmis aux professionnels et aux représentants des usagers au décours de la CDU. Pour les questionnaires internes, les services n'ont pas systématiquement d'analyse de leurs données. L'établissement a mis en œuvre des dispositifs sur l'expérience patient ; en consultation externe, par exemple, la méthode AMPPATI (AMélioration du Parcours vécu par le PATient et son entourage en Immersion) a été utilisée. Les plaintes et réclamations sont suivies et connues des équipes et font l'objet d'une communication en CDU. Un partage de ces plaintes/réclamations a été organisé entre l'établissement et les RU. Ces échanges ne se font pas par messagerie sécurisée. La remise du dossier est effective pour les patients qui le demandent ; toutefois les délais de transmission ne sont pas respectés (délai supérieur à 8 jours pour les dossiers de moins de 5 ans mais en amélioration). La bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont des valeurs fortes défendues au sein de l'établissement et font l'objet de groupes de travail ; une conférence annuelle sur la bientraitance est

également réalisée depuis 2022. La bienveillance des professionnels est reconnue par tous les patients rencontrés ; les professionnels connaissent les conduites à tenir pour détecter et signaler les situations de maltraitance. Des associations (ALMA Savoie) participent aussi au sein de l'établissement à la diffusion de recommandations. Les équipes sont attentives à l'écoute quotidienne des patients, et sensibilisées à la prévention de la maltraitance. L'établissement évalue ces situations de maltraitance et y apporte une réponse adaptée. L'accessibilité des locaux n'est pas assurée dans l'ensemble de l'établissement et pour tous les type de handicap, toutefois l'établissement veille à la prise en compte des vulnérabilités et dispose d'un agenda d'Accessibilité Programmée, de consultations dédiées, de la mise à disposition de la méthode Facile A Lire et à Comprendre et le nouveau Schéma Directeur Immobilier intégrera ces données. La signalétique a été améliorée au niveau de l'établissement grâce à l'implication des représentants des usagers (RU). Les RU sont très impliqués dans la vie de l'établissement et sont force de proposition. Les RU sont informés des différents résultats concernant la prise en charge des patients (plaintes et réclamations, IQSS, e-satis, évènements indésirables). Les RU participent à la CDU et sont intégrés à différents projets (livret d'accueil, rédaction d'un cahier des charges sur la formation droits et devoirs des patients, intégration des RU au groupe éthique). Les RU participent à la réalisation des patients traceurs. Un projet des usagers a été élaboré par l'établissement avec la contribution des RU. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins et s'attache à diffuser une culture de la qualité au plus près du patient. Un comité de pilotage qualité est en place et se réunit mensuellement. La politique qualité, actualisée à l'automne 2024, est déclinée en quatre axes (qui a fait l'objet d'une diffusion aux professionnels sous forme de flyer) et en actions concrètes dans un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Les actions qualité sont identifiées et suivies. Un ¼ d'heure qualité est également mis en place dans les services. L'établissement a réalisé une enquête culture sécurité dans 4 services. Le remplacement des personnels est assuré (pool de remplacement, dispositif d'Equipe Polyvalente Intersaison, HUBLO et recours à l'intérim l'hiver) ; il faut noter une fidélisation des équipes. Un retour d'expérience avec les partenaires (SDIS, médecins de station, Croix Rouge notamment) sur la gestion des périodes de tension, notamment hivernales est réalisé chaque année. Des maquettes organisationnelles sont formalisées. Pour les nouveaux arrivants un livret d'accueil leur est remis et un dispositif de compagnonnage en place (tutorat, formation). Les personnes en responsabilité ont bénéficié d'une formation au management. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Le développement des compétences est favorisé par le plan de formation en lien avec les projets de service. Un poste de chargé des parcours professionnels a été créé pour assurer la consolidation des compétences des agents. Afin de proposer un large choix de formations, celles-ci peuvent également être mutualisées au sein du GHT. Le recensement des besoins en formation est réalisé notamment au décours de l'entretien d'évaluation annuelle. Les professionnels peuvent également accéder à des formations diplômantes. Des groupes de travail spécifiques sont mis en œuvre pour améliorer la gestion des équipes (au bloc opératoire en ce qui concerne l'adaptation du programme opératoire, en médecine sur la synchronisation du temps de travail avec ré organisation des secteurs et adaptation de la charge en soins) et également des démarches spécifiques d'accompagnement en maternité/néonatalogie (IHAB : label Initiative Hôpital Ami des Bébé) et en chirurgie pour la mise en place de la RAC. Le comité éthique est en cours de restructuration. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est intégrée dans le projet social du projet d'établissement. Une enquête d'engagement (baromètre social) a eu lieu en 2023 avec un taux de participation de 25%. Une analyse de la pyramide des âges a été réalisée et a permis de mener des réflexions sur un projet de garde d'enfant, préparation à la retraite, accompagnement des personnes en situation de handicap. L'établissement a développé le sport en entreprise : 1 fois par semaine sur chaque site et différentes actions ont été proposées aux professionnels pour les accompagner (proposition de logement pour les personnels saisonniers, panier légume hebdomadaire « potager party »). Un dispositif d'accompagnement des professionnels pour la gestion des difficultés interpersonnelles et de conflits est également en place (encadrement, rencontre RH, café RH 1 fois par an, médecine du travail) et un dispositif de conciliation est en cours de formalisation. Les professionnels peuvent avoir recours à un soutien en cas de difficultés. Un psychologue externe à la structure intervient dans

l'établissement avec possibilité de trois rencontres par an pour chaque professionnel et intervention en équipe. Le CHAM est un établissement qui a été classé en niveau 1 pour les plans AMAVI, NRC et Epi-CLIM et en niveau 3 pour les autres plans. La gestion des tensions et des situations sanitaires exceptionnelles est définie et conforme au plan ORSAN ; les catégories de risques sont identifiées. L'établissement a réalisé plusieurs exercices avec des retours d'expérience ; un travail important de refonte du plan blanc a été réalisé dans ce cadre. Les vigilants sanitaires sont identifiés et une coordination est assurée. Le plan de sécurisation de l'établissement est défini et mis en œuvre ; certains locaux bénéficient d'accès sécurisés par des codes ou à badge ; néanmoins il reste encore des zones à sécuriser (néonatalogie, certains locaux médicaments). Les patients relèvent qu'ils n'ont pas la possibilité de sécuriser leur bien au niveau de leur chambre. L'établissement n'a pas défini de conduite à tenir précise pour faire face à une situation dangereuse (intrusion, violence). Un référent Développement Durable est identifié et des actions de sensibilisation sont en place au sein de l'établissement (installation de fontaine à eau, affichage aux points d'eau, étude sur l'usage unique : calots, tenues de bloc pour les patients). Ce référent travaille avec un conseiller énergétique. Les risques environnementaux et les filières de valorisation des déchets sont identifiés. Il existe plusieurs numéros d'appel pour les urgences vitales qui engendrent une confusion pour les professionnels notamment sur le site de Moutiers; de plus, la procédure de prise en charge des urgences vitales est connue par les professionnels de façon hétérogène. L'établissement a pris en compte cette remarque en visite et a acté l'utilisation d'un numéro unique. L'établissement n'a pas évalué l'efficacité de son organisation qui repose sur la mise à disposition de caisse d'urgence dans les services avec parfois absence de certains matériels (défibrillateur ; l'établissement va prévoir l'investissement de ce matériel) ; le matériel n'est pas toujours d'un accès rapide selon les services, notamment pour le parc jouxtant l'Unité de Soins Longue Durée. Les professionnels suivent régulièrement des formations (Attestations de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) ; peu de professionnels ont réalisé un exercice de simulation. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées via le logiciel de gestion électronique des documents et une information est réalisée par mail (toutefois tous les professionnels n'ont pas de messagerie) ; il a été constaté des difficultés concernant certains professionnels ne sachant pas accéder au logiciel qualité. L'établissement n'a pas mis en place de revue de pertinence des admissions. Le programme d'amélioration de la qualité intègre les actions qui découlent de la satisfaction patient, de l'analyse des Indicateurs qualité sécurité des soins qui sont exploités à l'échelle de l'établissement et des événements indésirables. Toutefois la connaissance des actions mises en place dans le cadre des IQSS est hétérogène. Les professionnels n'ont pas toujours connaissance des recommandations émanant des RU. Les professionnels déclarent les événements indésirables et ont la connaissance des événements déclarés dans leur service. Les événements indésirables qui le nécessitent font l'objet d'une analyse collective approfondie. Un plan d'action d'amélioration est mis en œuvre suite aux événements indésirables. Un comité d'analyse des événements indésirables (EI) se réunit pour réaliser la revue et la cotation des EI. Concernant l'organisation en aval des urgences il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation efficace au sein de l'établissement ; la gestion du non programmé via une cellule de bed management permet une fluidité de ces parcours. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Définir des listes de médicaments à risque adaptées aux activités pour former les professionnels à leur bon usage et pour les identifier Evaluer l'ensemble de la prise en charge des urgences vitales, notamment pour s'assurer de la facilité d'accès au matériel par les professionnels Intégrer les professionnels dans la définition, la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration en cours dans leur service, notamment celles visant à améliorer la valeur des IQSS inférieurs aux attendus nationaux. Associer chaque prescription d'antalgiques en « si besoin » à un niveau de douleur déclenchant l'administration du traitement.

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	730002839	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ALBERTVILLE MOUTIERS	253 rue pierre de coubertin Bp 126 73208 Albertville Cedex FRANCE
Établissement principal	730000262	CENTRE HOSPITALIER D'ALBERTVILLE	253 rue pierre de coubertin Bp 126 73208 Albertville FRANCE
Établissement géographique	730000049	CENTRE HOSPITALIER DE MOUTIERS	Rue de l'ecole des mines 73604 Moutiers FRANCE
Établissement géographique	730012176	ANTENNE SMUR COURCHEVEL	73120 ST BON TARENTEISE FRANCE
Établissement géographique	730785342	LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE MOUTIERS	43 rue de l'ecole des mines 73600 Moutiers FRANCE
Établissement géographique	730785276	LONG SEJOUR MAISON DE SANTE CLAUDE LEGER	455 chemin des 3 poiriers 73200 Albertville FRANCE

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	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	Oui
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	Oui
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	Oui
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	Oui
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	3,014
Nombre de passages aux urgences générales	30,194
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	139
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	62
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	26
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	6
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	8
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,237
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	13
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	12
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	40
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	60
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)	8
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	15

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique per os ou injectable
2	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Patient traceur			
7	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Adulte	

9	traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Tout l'établissement</p>	
10	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Tout l'établissement</p>	
11	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
12	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
13	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Patient traceur		<p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient âgé</p>	

14			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
18	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
19	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète	

20			<p>Maladie chronique</p> <p>Maternité</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
21	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p>	
22	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Tout l'établissement</p>	
23	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires

25	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
28	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique per os ou injectable
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
30	Audit système	Engagement patient		
31	Audit système	Leadership		
32	Audit système	Entretien Professionnel		
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Audit système	Entretien Professionnel		
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Audit système	Dynamique d'amélioration		
37	Audit système	Maitrise des risques		
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Audit système	Risques numériques - Professionnels		

40	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
41	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
42	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
43	Audit système	Coordination territoriale		
44	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
45	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
46	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
47	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	
	Patient		Hospitalisation complète	

48	traceur		Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
49	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
50	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
51	Audit système	Représentants des usagers		
52	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
53	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
54	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	

55	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
56	Audit système	Entretien Professionnel		
57	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
58	Parcours traceur		<ul style="list-style-type: none"> Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences 	
59	Parcours traceur		<ul style="list-style-type: none"> Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences 	
60	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
61	Audit système	QVT & Travail en équipe		

62	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
63	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins critiques Tout l'établissement	

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

