



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE BOURG SAINT
MAURICE**

139 avenue du nantet

Bp 11

73704 Bourg Saint Maurice



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
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

CENTRE HOSPITALIER DE BOURG SAINT MAURICE	
Adresse	139 avenue du nantet Bp 11 73704 Bourg Saint Maurice 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	730780525	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG ST MAURICE	Avenue du nantet 73704 Bourg-Saint-Maurice Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

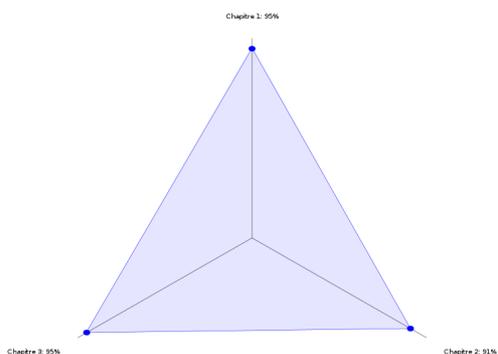
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation 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
Tout l'établissement
Urgences

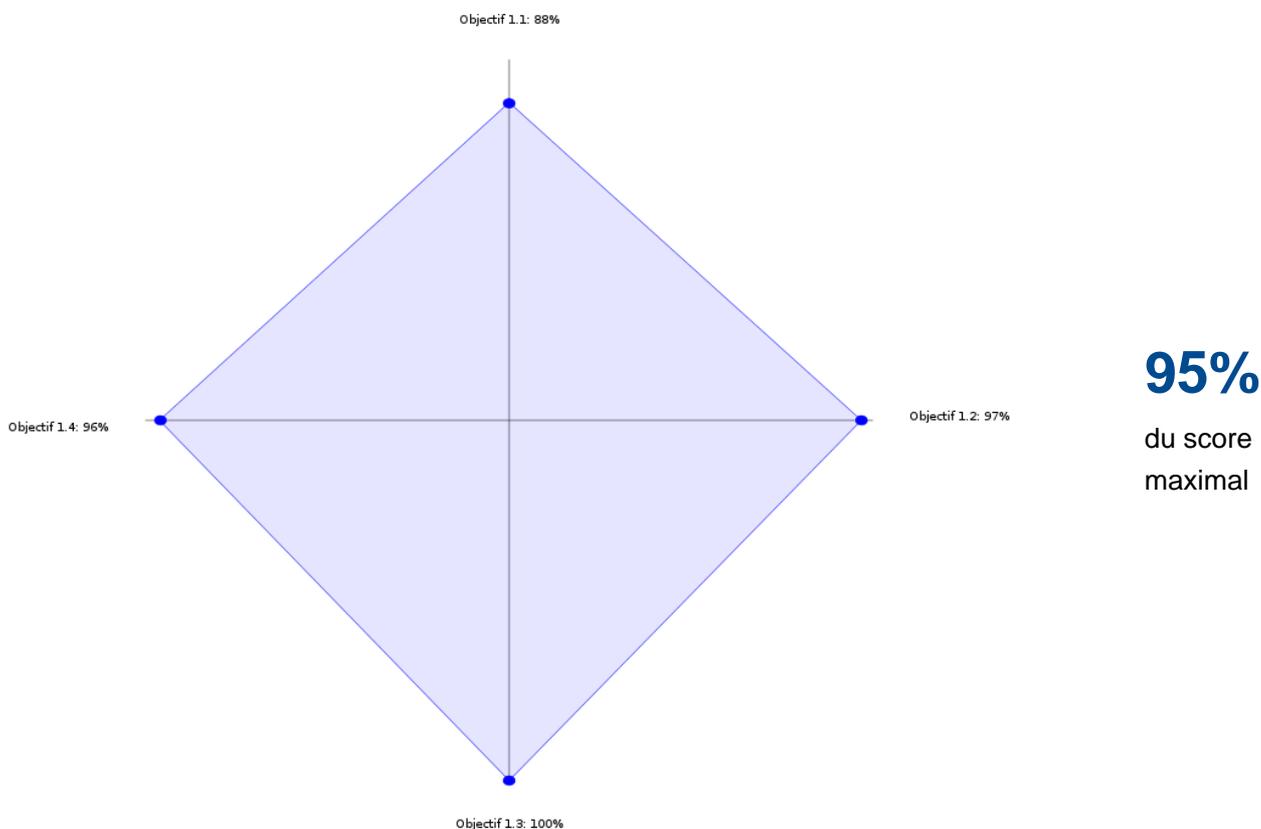
Au regard du profil de l'établissement, **118** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



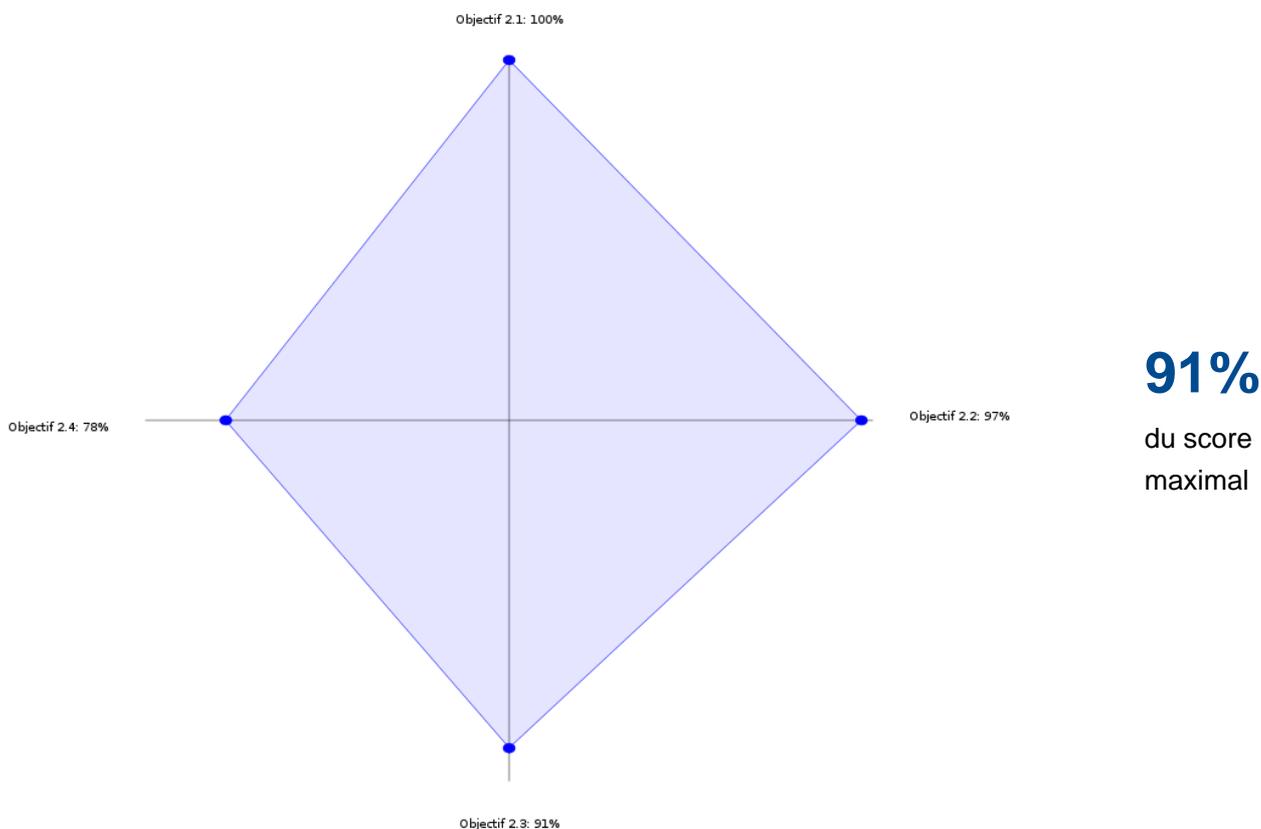
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	96%

Dès son premier contact avec les professionnels du Centre Hospitalier de Bourg Saint Maurice, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées tout au long de son hospitalisation grâce aux différents moyens de communication (entretien individuel, staff pluridisciplinaire...). Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement recueilli. Le médecin et l'équipe soignante l'impliquent afin de définir son projet de soins, en partageant avec lui les bénéfices et les risques. Le patient bénéficie d'actions construites tout au long de sa prise en charge pour devenir acteur face à sa maladie grâce à des informations claires et adaptées qui renforcent sa capacité d'action pour sa santé comme en témoigne l'organisation de l'information et de l'accompagnement du patient au sein des parcours patients, comme ceux de chirurgie

orthopédique-traumatologique et de chirurgie viscérale ou de médecine polyvalente. Avec l'accord du patient et selon la situation, la personne de confiance qu'il a pu désigner, les proches et/ou les aidants à prévenir, peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins. Cette organisation est illustrée en obstétrique et en chirurgie traumatologique avec la famille des patients étrangers. La présence des proches est favorisée quand la situation le nécessite, particulièrement en médecine polyvalente lors d'une prise en charge de soins palliatifs ou au bloc opératoire pour les interventions de chirurgie ambulatoire de l'enfant. Le patient est informé des dispositifs médicaux implantables qui lui sont posés ou des produits sanguins labiles qui lui sont administrés et la traçabilité de ces informations est systématiquement assurée. Les équipes appliquent les bonnes pratiques attendues et l'analyse de la pertinence des actes de transfusion sanguine est réalisée. En chirurgie ambulatoire, le patient reçoit systématiquement des informations spécifiques et reçoit aussi un passeport de chirurgie ambulatoire qui permet de tracer et rappeler ces informations. L'autorisation de sortie du patient en fin de journée est validée et signée par le médecin ou l'anesthésique. Les soignants renseignent également le score de sortie en chirurgie ambulatoire, mais ne sont pas formés à l'évaluation de ce dernier. En maternité, les parturientes déclarent qu'un projet de naissance a été élaboré avec les parents et les équipes mettent en œuvre les conduites attendues pour maîtriser les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat. Le matériel présent est conforme. Le suivi du lien parents- bébés est assuré par les auxiliaires de puériculture qui mettent en œuvre un véritable projet d'éducation. La dimension qualité gestion des risques est totalement aboutie dans ce secteur. L'équipe analyse les événements indésirables dans le cadre du réseau de périnatalité des deux Savoie, s'interroge sur les trajectoires de patient qui leur ont posé problème et la démarche de Revue de Morbi-Mortalité (RMM) est maîtrisée notamment dans la mise en œuvre des plans d'action. Les dispositifs de sécurité sur le plateau technique sont totalement maîtrisés avec une priorité sur le maintien des compétences de l'équipe où la cohésion fait sa force, par simulation en interne et dans le cadre du réseau compte tenu de la spécificité de cette maternité (181 accouchements en 2024). La coordination du projet de prise en charge est organisée de la consultation à la sortie post accouchements par le médecin et les sage-femmes. Dans le secteur de médecine polyvalente, pour les situations de fin de vie, le patient peut décider aisément de recourir à des soins palliatifs. Une démarche palliative pluridisciplinaire coordonnée est mise en œuvre par les équipes, disposant de Diplômes Universitaires en soins palliatifs, pour les patients en fin de vie, avec l'accompagnement de l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier d'Albertville Moutier. Les soins de support allant de l'assistante sociale en passant par le psychologue jusqu'à la diététicienne sont à disposition et l'établissement a pour projet de déployer de lits identifiés de soins palliatifs. Les patients témoignent pouvoir exprimer leur point de vue concernant leur maladie et leur prise en charge en se sentant entendus et s'expriment sur les différentes modalités pour mettre en avant leur satisfaction et leur expérience. En effet, l'établissement participe à des enquêtes de satisfaction telle que la campagne e-satis en MCO et propose des questionnaires sur l'expérience patient comme par exemple en chirurgie ambulatoire et en maternité. Un Focus groupe a également été organisé en obstétrique pour évaluer les attentes des parents. L'évaluation de l'expérience patient s'effectue aussi en lien avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) comme par exemple dans le cadre de la mise en place du circuit court pour les urgences chirurgicales de traumatologie avec les cabinets de médecine libérale des stations de sport d'hiver. Cela traduit, que l'engagement patient individuel et collectif est fortement impulsé par la gouvernance. La prise en compte de l'engagement patient est une priorité de l'établissement que l'on retrouve comme axe fort au sein du projet des usagers, qui repose aussi sur des actions de communication centrées sur le patient portées par un des axes du plan de formation. Le déploiement de l'expertise patient n'est pas amorcé. Les patients ne sont pas toujours être informés de l'alimentation de leur dossier médical de « Mon Espace santé ». L'alimentation du Dossier médical partagé de mon espace santé par les équipes de l'établissement est effective mais les médecins de l'établissement ont peu recours à son accès opérationnel lors de l'arrivée du patient. Les patients ne sont pas systématiquement informés de leur droit à rédiger des directives anticipées et méconnaissent souvent les représentants des usagers et les modalités pour les joindre ainsi que leur droit à pouvoir déposer une réclamation ou signaler un événement indésirable durant leur hospitalisation alors que ces informations

sont contenues dans un livret d'accueil qui leur est remis et qu'un affichage les reprend dans les services. L'architecture, les locaux de l'établissement, l'organisation des soins et les pratiques garantissent le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que la confidentialité des informations le concernant au cours de sa prise en charge dans la totalité des secteurs d'activité. Au niveau des urgences le circuit proposé aux enfants est adapté et le secteur de consultation externe de pédiatrie dispose d'une zone d'attente spécifique. En ce qui concerne la prise en charge en chirurgie ambulatoire des enfants et des adolescents, le circuit est adapté, la formation des professionnels amorcée et un passeport patient plus centré sur l'enfant et ses parents est proposé. Au bloc opératoire, un circuit spécifique pour l'arrivée et la sortie des enfants est en place prévoyant l'intégration des parents avec une zone identifiée en salle de réveil. Le patient témoigne de toujours bénéficier de soins visant à évaluer et à soulager sa douleur. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches médicamenteuses mais aussi comportementales. La traçabilité de l'évaluation de la douleur à l'arrivée est systématiquement retrouvée, tout comme celle de la réévaluation, avec ou sans traitement. La recherche de la douleur chez le petit enfant repose sur une échelle comportementale. Le recours à la contention mécanique comme les barrières de lit, ainsi que la réévaluation régulière de la pertinence de son maintien relèvent toujours d'une décision médicale dont la traçabilité est assurée par l'équipe paramédicale. Le patient ou son entourage sont informés de la mise en place de ce dispositif. Un groupe transversal de travail composé de référents médicaux et paramédicaux a d'ailleurs été créé sur le sujet afin d'harmoniser les pratiques. Au sein des secteurs d'hospitalisation et plus particulièrement en secteurs de médecine polyvalente, le patient âgé dépendant ou le patient porteur d'un handicap bénéficie d'une prise en charge qui vise à maintenir son autonomie et son lien social grâce à des programmes d'activités répondant à leurs besoins. Les patients en situation de précarité sociale ou de handicaps sont précocement dépistés et accompagnés grâce à l'action en transversale de l'assistante sociale en complémentarité des équipes pluridisciplinaires. Un parcours handicap est organisé en cas d'hospitalisation programmée où une évaluation précise des besoins du patient est menée. La charte Romain Jacob est d'ailleurs affichée dans tous les secteurs d'activités et l'accessibilité des locaux et des plateaux techniques est adaptée à tous les types de handicaps. Les patients porteurs d'une conduite addictive bénéficient d'un dépistage et d'une prise en charge de niveau 1 en addictologie au sein du service de médecine polyvalente en étroite collaboration avec la CPTS. Une Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie est également en place afin de coordonner le suivi de la prise en charge de ces patients. Par ailleurs, le dépistage des violences faite aux femmes est déployée notamment aux urgences et en maternité avec l'identification d'un parcours particulier en lien avec le réseau de partenaires extérieurs. L'accessibilité aux soins des populations vulnérables est donc organisée. Les patients étrangers témoignent de l'attention des équipes dans leur accompagnement, particulièrement lors de la sortie si un rapatriement est nécessaire. En effet, une équipe formée de deux personnes parlant plusieurs langues est à disposition afin d'accompagner les patients étrangers en nombre important compte tenu de la population touristique. Enfin, les conditions de vie habituelles du patient sont intégrées à son projet de soins afin de préparer au mieux sa sortie quelle que soit sa prise en charge. Le patient et plus particulièrement le patient vulnérable est informé des modifications de son traitement médicamenteux, qui est d'ailleurs consigné dans la lettre de liaison remise à sa sortie par l'équipe. Cette lettre contient toutes les informations nécessaires à la continuité des soins, accompagnée des ordonnances nécessaires. Ces lettres de liaison sont envoyées aux médecins traitants de manière dématérialisée via une messagerie sécurisée. En maternité, les informations nécessaires à la continuité des soins sont tracées dans le carnet de santé de l'enfant.

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	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	91%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	78%

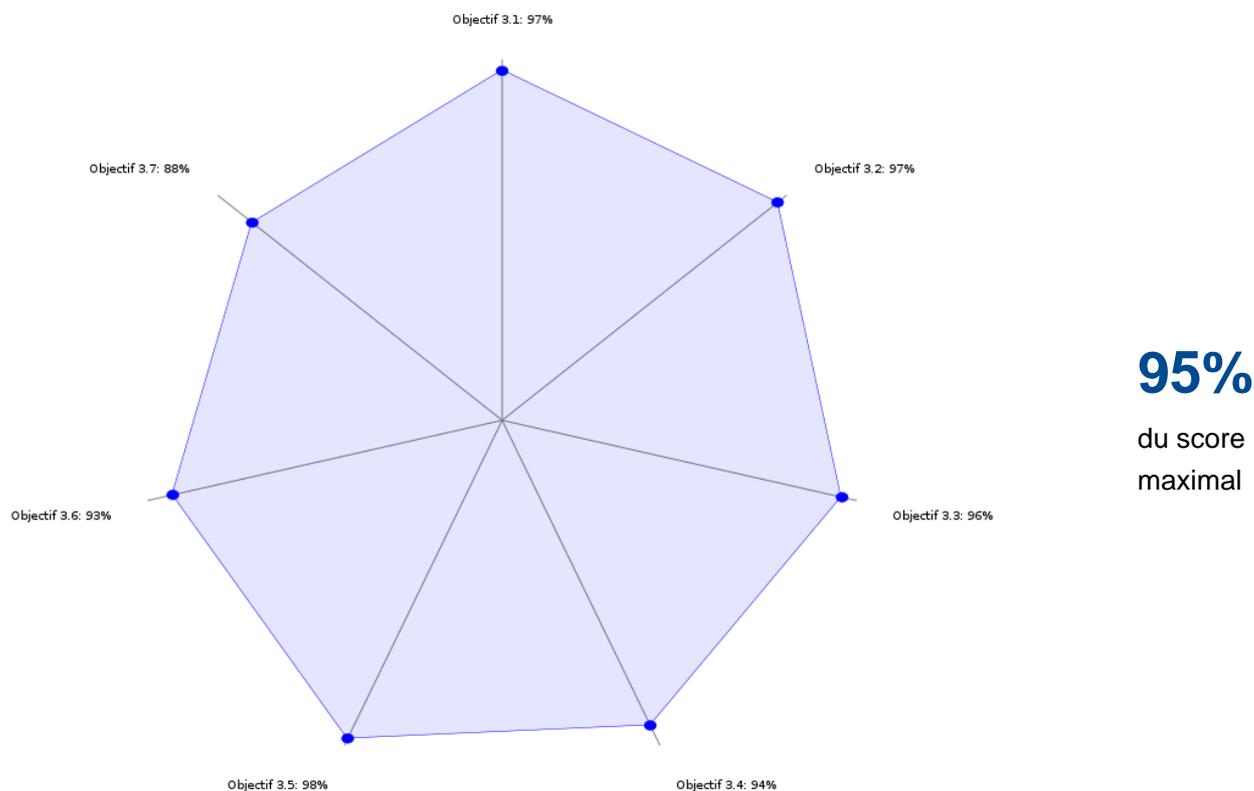
Dès l'entrée du patient, chaque professionnel réalise une évaluation initiale qui est partagée en équipe afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique et le projet de soins du patient. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée et présente une réflexion bénéfique risque pluridisciplinaire formalisée au sein du dossier patient. Le dossier médical préhospitalier des SMUR permet à l'équipe des urgences d'assurer au patient, qui est systématiquement orienté par un Infirmier d'Accueil et d'Orientation formé et habité, une trajectoire de prise en charge fluide la plus adaptée à ses besoins limitant ainsi son temps de séjour aux urgences. Dans le cadre de l'évaluation des pratiques, l'équipe du SMUR analyse régulièrement des dossiers de prise en charge. Les équipes médicales accèdent aux informations du dossier du patient relatives à d'autres hospitalisations. Les délais d'attente au niveau des urgences sont mesurés mais ne sont

pas communiqués aux patients. Les équipes des urgences connaissent en temps réel la disponibilité des lits d'hospitalisation. Enfin, l'organisation en aval des urgences permet une fluidité des parcours en toute sécurité. Le projet de soins individualisé est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge lors des entretiens médicaux et des réunions pluridisciplinaires sont organisées dans tous les services de l'établissement. En définitive, la pertinence des parcours est systématiquement justifiée quel que soit le contexte, conformément aux référentiels de bonnes pratiques. Les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Par exemple, dans le parcours de prise en charge des traumatismes liés à l'activité des sports d'hivers, une coordination fluide existe entre le SAMU, le SMUR, le secours en haute montagne, les cabinets médicaux de Stations, le service des urgences, le plateau technique d'imagerie et le bloc opératoire mais aussi avec les services spécialisés du Centre Hospitalier de Chambéry ou ceux de CHU de Grenoble. Cette coordination repose sur la complétude et l'accessibilité du dossier patient en temps utile, dans tous les secteurs d'hospitalisation. Son ergonomie permet à l'ensemble des professionnels de l'alimenter facilement, contribuant ainsi à la continuité et à la coordination des soins, en particulier entre les équipes des secteurs interventionnels et celles des secteurs d'hospitalisation. La coordination des acteurs est particulièrement active dans la programmation des activités du bloc opératoire et du secteur interventionnel d'endoscopie, prenant en compte la priorisation des urgences. La mise en œuvre de plan d'actions basée sur l'analyse des écarts de programmation sur ces secteurs, est également en cours de déploiement. Par ailleurs, cette coordination repose également sur les équipes de recours et d'expertise du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Savoie-Belley dont fait partie l'établissement en ce qui concerne la cardiologie interventionnelle, l'oncologie, la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux et la néonatalogie et la psychiatrie avec l'équipe mobile du Centre Médico-Psychologique (CMP) rattaché au Centre Hospitalier Psychiatrique de Bassens à Chambéry. La traçabilité par les équipes de la pertinence de la prescription des antibiotiques et sa réévaluation à 48h-72h est observée. Les médecins ont un accès direct aux infectiologues du Centre Hospitalier de Chambéry, établissement support du GHT et dispose d'une adresse mail dédiée aux demandes d'avis non urgentes. Ils ont aussi accès aux recommandations du comité des anti-infectieux du GHT. Par ailleurs des staffs avec les infectiologues du GHT ont lieu tous les 15 jours. Les bonnes pratiques sont mises en œuvre au bloc opératoire, au bloc obstétrical et sur le secteur interventionnel d'endoscopie où la check-list sécurité des patients est utilisée de manière efficace. Les équipes de ces secteurs disposent de plans d'actions d'amélioration au regard de tableau de bord de résultats des indicateurs d'évaluation de la réalisation de la check-list et plus particulièrement d'indicateurs concernant les causes de report d'intervention. Les équipes respectent les règles de l'identitovigilance à toutes les étapes de la prise en charge du patient, qui dispose d'un bracelet d'identitovigilance durant toute son hospitalisation. Les procédures en cas de doublon d'Identifiant Permanent du Patient ou de collisions sont connues et conformes. La qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS) est opérationnelle à l'entrée du patient au niveau du bureau des entrées, des consultations externes et du service d'accueil d'urgence par des agents formés et habilités. L'établissement travaille d'ailleurs aujourd'hui sur un plan d'actions afin d'améliorer son taux de qualification de l'INS. Les bonnes pratiques d'hygiène, notamment l'hygiène des mains et les pratiques des précautions standards et complémentaires sont connues par les équipes pluridisciplinaires dans les services d'hospitalisation. L'application du port d'une tenue professionnelle adaptée sans port de bijoux et la connaissance par les équipes de l'indicateur de suivi de consommation des solutions hydroalcooliques sont observées. Les équipes mettent en œuvre les précautions standards et complémentaires relevant de leur rôle propre ou prescrites afin de maîtriser le risque infectieux dans les services d'hospitalisation, les secteurs interventionnels et au bloc opératoire. La mise en œuvre des bonnes pratiques concerne également le matériel réutilisable, les actes de soins tels que les pansements, les sondages urinaires ou la pose de voies veineuses périphériques. Des formations sont régulièrement organisées par l'équipe d'hygiène hospitalière (EOH) du GHT et un réseau de référents est animé par cette dernière. Des audits de bonnes pratiques sur le lavage des mains, sur l'application des précautions standards et complémentaires et sur le suivi des dispositifs invasifs dans les services et au bloc opératoire sont déployés. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie

décrites au sein de protocoles cibles notamment au niveau du bloc opératoire en per opératoire, et elles les évaluent avec le référent infectiologie. La maîtrise du risque infectieux est donc opérationnelle au sein de l'institution. Dans le secteur d'endoscopie et plus particulièrement au bloc opératoire, les bonnes pratiques de traitements (désinfection) et de traçabilité des endoscopes sont mises en œuvre par des professionnels formés et habilités. Un suivi des habilitations est assuré par l'EOH. Suite à nos remarques, l'établissement en cours de visite a intégré au compte rendu d'examen l'identification du dispositif médical invasif utilisé. Les critères de sévérité de la personne âgée telles que la dénutrition, l'incontinence urinaire, la confusion, les chutes et la perte d'autonomie ne sont pas toujours dépistés, évalués et notifiés dans le dossier par les équipes. Les équipes connaissent les circuits des vigilances sanitaires notamment en matière de pharmacovigilance et d'identitovigilance. Les référents sont identifiés et la coordination des vigilances est assurée. Le transport en intra hospitalier des patients est organisé, et s'appuie sur du personnel totalement professionnalisé. Les bonnes pratiques de prescription, d'administration et de stockage des médicaments, y compris ceux à risques (formes orales et injectables), sont appliquées au sein de l'établissement. En ce qui concerne la dispensation, l'analyse pharmaceutique est effectuée pour toutes les prescriptions et les remarques faites par les pharmaciens sont prises en compte par les cliniciens. En ce qui concerne les médicaments à risques, chaque service dispose d'une liste spécifique, travaillée avec les équipes de soins adaptée, aux populations accueillies. Les infirmiers ont été formés, connaissent bien l'iatrogénie des médicaments à risques. Les médicaments à risques sont bien identifiés du stockage à l'administration au patient en passant par la pharmacie centrale. La dispensation et le transport des stupéfiants ont fait l'objet en cours de visite d'un réajustement immédiat par l'établissement de façon à sécuriser le transport dans des containers fermés. Par ailleurs, des audits d'évaluation des pratiques sur le circuit du médicament (prescription et administration) ainsi que des audits de tenue des armoires à pharmacie sont réalisés et donnent lieu si nécessaire à l'élaboration d'un programme d'action. Un livret d'accompagnement des nouveaux médecins concernant la gestion des médicaments est à leur disposition. Enfin, la déclaration des événements indésirables liés au circuit du médicament est acquise et donne lieu si nécessaire à une analyse en Comité de Retour d'Expérience (CREX) comme par exemple l'analyse effectuée en secteur de médecine qui a conduit à modifier le rangement du tiroir à stupéfiant afin de mettre les dosages d'une même molécule à distance les uns des autres. En conclusion, la démarche d'assurance qualité du circuit du médicament assure la maîtrise des risques. La démarche de recueil, d'analyse et de communication des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) au niveau institutionnel est organisée. Ces indicateurs analysés au niveau institutionnel sont présentés en instance et plus particulièrement en CDU. Les professionnels participent au recueil. La déclinaison des résultats de ces IQSS et l'adaptation de plans d'actions au niveau des secteurs d'activités repose sur l'action de communication et de management du binôme cadre de santé /médecin chef de service. La connaissance des IQSS et l'appropriation de la mise en œuvre de plans d'actions concrets au regard des résultats des IQSS est acquise au sein de l'établissement. Si les équipes d'obstétrique, et de chirurgie disposent d'actions d'amélioration de leurs pratiques professionnelles au regard du suivi d'indicateurs de résultats cliniques des populations accueillies, la démarche n'est pas déployée sur les autres secteurs. L'identification d'actions d'amélioration par les équipes concernant l'analyse de la satisfaction, de l'expérience et des plaintes et réclamations des patients se déploie et est en cours d'appropriation. Le point de vue du patient est bien intégré au Programme d'Assurance Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel et des services. L'organisation de la déclaration et de l'analyse des événements indésirables est opérationnelle au sein de l'établissement et est systématiquement connue. De plus, une charte d'incitation à la déclaration des Événements indésirables est diffusée. Un Comité d'analyse de ses événements indésirables (CREX) ou des Revues de Morbi-Mortalité (RMM), notamment pour analyser les événements indésirables (EI) classifiés comme graves est déployé en transversal afin de mener l'analyse de ces derniers avec une méthode reconnue. Les plans d'actions issus du CREX sont connus par les professionnels et sont mis en œuvre sur le terrain afin d'améliorer leurs pratiques. De plus, l'information du patient ou de son entourage de la survenue d'un événement indésirable est retrouvée tracée dans le dossier du patient. La démarche de déclaration des événements indésirables liés aux soins et plus particulièrement ceux liés à la

coordination des soins et à la prise en charge médicamenteuse est constatée (75% de la totalité des déclarations). En conclusion, la dynamique de déclaration et d'analyse des EI est en place et la grande majorité des équipes améliorent leurs pratiques au regard de cette dernière. L'équipe du secteur de soins continus (USC) effectuent des RMM et disposent d'indicateurs spécifiques de suivi conformes aux recommandations de bonnes pratiques. Le suivi et l'analyse des refus d'admission de patients est opérationnel mais le suivi des ré-hospitalisations à 48h/72H n'est pas déployé. De plus, les équipes ne disposent pas des informations nécessaires pour contacter l'équipe de coordination de prélèvement d'organe du GHT. Des actions d'amélioration de la qualité des examens biologiques sont opérationnelles au niveau du laboratoire et les services disposent de tableaux de suivi des non conformités avec la proposition d'actions d'amélioration. En ce qui concerne l'imagerie médicale, le suivi des délais de rendu des examens sont en place et l'évaluation de la pertinence des prescriptions se déploie. Les équipes disposent de protocoles de réalisation des examens dont ceux d'imagerie de coupe issus des référentiels des sociétés savantes. Les équipes disposent des équipements de protection individuelle liés aux rayons ionisants et des suivis attendus. Les patients ne sont pas informés des doses de rayonnements ionisants reçues mais ces dernières sont tracées dans le compte rendu d'imagerie.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
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	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	88%

Le Centre Hospitalier de Bourg Saint Maurice dans le département de la Savoie est un établissement qui fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Savoie Belley composé de sept Centres Hospitaliers dont quatre en direction commune le Centre Hospitalier Métropole Savoie établissement support du GHT et les Centres hospitaliers d'Albertville Moutiers, de Belley Bugey sud et de Saint D'Albigny ainsi que trois autres

établissements les Centres Hospitaliers de Bourg Saint Maurice, de la Vallée de Maurienne et le Centre hospitalier spécialisé de la Savoie dont les axes principaux du projet médical partagé du GHT sont de renforcer la coopération entre les établissements de santé et de garantir une égalité d'accès à de soins sécurisés de qualité. Cet établissement de haute montagne a la spécificité d'assurer la couverture de grandes stations de ski de Savoie et doit faire face à une saisonnalité extrême où la population passe de 30000 habitants hors saison à 250000 en hiver et de proposer une offre de soins de proximité pour une population isolée et vieillissante dans le haut de la vallée de la Tarentaise. Il dispose d'un panel d'offre de soins d'établissement de proximité avec de la médecine polyvalente, de la chirurgie traumatologique et viscérale conventionnelles et ambulatoire qui double sa capacité en saison hivernale passant de 20 lits à 40 lits d'hospitalisation, de l'obstétrique, d'un plateau technique de bloc opératoire, d'imagerie et de laboratoire, et d'un service d'urgence avec un SMUR. Des consultations médicales spécialisées sont également proposées en cardiologie, en pédiatrie et en diabétologie-endocrinologie avec comme objectif de les intensifier. Le déploiement de consultations avancées de l'établissement support du GHT n'est pas amorcé compte tenu des délais de transports. L'établissement a développé une organisation de gestion des flux avec les cabinets médicaux de stations qui sont en étroite communication avec les orthopédistes, les urgentistes et la gestionnaire de flux pour les décisions de transferts de patients. Ainsi, un circuit court est organisé pour que les patients passent par les urgences et soient ensuite directement pris en charge au bloc opératoire ou transférés. Un outil informatique intégré permet d'optimiser cette gestion des flux. L'établissement a mis en place divers partenariats qui démontrent sa volonté d'aller vers les autres partenaires du territoire et plus particulièrement avec l'établissement support du GHT le Centre Hospitalier Métropole Savoie et le Centre hospitalier d'Albertville Moutier (CHAM) plus proche pour la plupart des filières spécialisées de recours avec accès rapide comme l'obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie, la cardiologie et la neurologie interventionnelle. Il travaille aussi en étroite collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs, d'onco-gériatrie, de consultation mémoire et les filières d'Unité de Soins de Longue Durée, et de Soins de Suite et Réadaptation du CHAM. La collaboration avec l'HAD du CHAM est en discussion car les distances géographiques ne permettent pas aujourd'hui de déployer cette alternative malgré le besoin existant. Il a aussi développé une étroite collaboration avec le CHU de Grenoble sur la filière de traumatologie et de neurochirurgie dans le cadre du réseau régional des urgences (Urg'ARA) où une analyse de pertinence annuelle sur les trajectoires thérapeutiques proposées est organisée. Un travail de maillage abouti avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de la Tarentaise est en place. Des parcours de soins spécifiques ont été définis pour les soins palliatifs, pour la prise en charge de la personne âgée et enfin pour la santé mentale et l'addictologie compte tenu des spécificités liées aux brassages des populations en haute saison. Une cellule des cas complexes ville/ hôpital fonctionne et une analyse des parcours de sortie est effectuée. Des rencontres sont organisées deux fois par an entre les médecins hospitaliers et les médecins généralistes. Finalement, cet hôpital de proximité, maillon actif au service des populations de la Tarentaise et des touristes, ouvert sur son territoire, adhère à de nombreux partenariats pour proposer des parcours dans différentes spécialités avec des partenaires identifiés afin de les fluidifier. En urgence, les modalités de prises en charge rapides sont organisées notamment pour les activités d'obstétrique, de soins palliatifs et d'addictologie. Cet hôpital dispose aussi d'une organisation qui permet de prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences permettant des admissions directes en service de médecine polyvalent. Les médecins généralistes ont la possibilité d'effectuer des demandes d'hospitalisation programmées via une messagerie sécurisée auprès des médecins du secteur de médecine polyvalente. Par ailleurs, les patients âgés qui transitent par les urgences sont rapidement pris en charge par un médecin urgentiste et sont hospitalisés, si nécessaire, dans le service répondant à leurs besoins en moins d'une heure. La prévention des passages aux urgences de cette population vulnérable est donc organisée et la régulation du parcours de la personne âgée est fluide. Des modalités de communication, notamment téléphoniques, permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter les services aisément pour des prises de Rendez-vous ou des renseignements. Une messagerie sécurisée ad-hoc, intégrée à l'espace régional Monsisra est déployée pour fluidifier les échanges et améliorer la communication avec la ville. Cette messagerie est connue des professionnels mais

peu mobilisée par ces derniers. Enfin, la recherche clinique et l'innovation thérapeutique se structurent dans le sillon de la démarche du CHMS. Une démarche de recherche en soins primaires est en cours avec la CPTS sur le parcours de la personne âgée dans la vallée de la Tarentaise en s'appuyant sur le mémoire d'un Diplôme Universitaire d'une infirmière de l'établissement. La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance fait l'objet d'un véritable engagement institutionnel clairement acté dans le projet d'établissement traduit dans une chartre de bientraitance retravaillée avec les représentants des usagers pour la rendre plus lisible, connue des agents. Les valeurs de bientraitance sont intégrées aux pratiques soignantes, ce qui prévient la maltraitance. Le repérage de la maltraitance est organisé et les équipes s'expriment sur les moyens pour la dépister mais surtout sur les comportements à adopter afin d'être bienveillantes. La culture du questionnement éthique est ancrée au niveau des services comme en témoignent les équipes. L'établissement a mis en place un groupe de réflexion éthique auquel participe les représentants des usagers afin de pouvoir répondre rapidement aux questionnements des équipes. Par ailleurs, des démarches de sensibilisation sont régulièrement organisées au sein des services et des formations spécifiques à la démarche éthique sont inscrites au plan de formation. La Commission Des Usagers (CDU) fonctionne et un nouvel élan lui est donné par le binôme Directeur/Président de CME. La gestion des plaintes est organisée en lien étroit avec les représentants des usagers. Néanmoins, les soignants ne connaissent pas toujours les plaintes de leur secteur d'activité et ne font pas référence aux programmes d'actions de la CDU. Le dispositif de médiation médicale est en place. Les délais d'accès du patient à son Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement et déclarent être force de propositions. Ils participent à différentes instances, à la semaine de la sécurité du patient, à la journée de prévention et de dépistage du cancer du sein (octobre rose) et du cancer colorectal (mars bleu). Ils organisent des permanences mensuelles afin de renseigner les patients et leur famille sur leurs droits et ont pour ambition d'aller voir les équipes et les patients dans les services. Un projet des usagers a été élaboré et prévoit notamment de poursuivre une politique de promotion du respect de la dignité et de l'intimité du patient. En 2024, les représentants des usagers ont proposé de travailler sur la bonne compréhension des patients des informations contenues dans le livret d'accueil. La gouvernance affiche la qualité gestion des risques comme une priorité dans les orientations stratégiques de l'établissement et dans les 2 axes prioritaires de la politique qualité gestion des risques 2022-2027 qui sont : réorganiser le système de management de la qualité et gestion des risques et développer la culture qualité sécurité des soins au sein du centre hospitalier. Les modes d'organisation managériale reposent sur un sommet stratégique où l'on retrouve la direction/le directoire et la Commission Médicale d'Établissement (CME) coordonné par le binôme directeur/président de CME, puis un niveau de pilotage stratégique avec un comité de pilotage qualité gestion des risques (COFIL) qui interagit en lien fort avec la CDU, la CME et la Direction des soins. Au niveau opérationnel, un service qualité est en charge de la coordination des dispositifs de pilotages opérationnels où sont positionnés des groupes de travail transversaux, des personnes ressources comme les vigilants, les sous commissions de la CME comme le Comité de Lutte contre la Douleur, le Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et pour finir la Commission du médicament et des Dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et un Comité de Retour d'Expérience (CREX) transversal. Annuellement, les orientations stratégiques sont réajustées par le COFIL de la qualité et présentées en instances. La politique qualité gestion des risques se décline au sein d'un Programme d'Amélioration Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel qui dispose d'actions émanant de l'analyse des événements indésirables, de l'expérience patients et des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS). Elle se décline ensuite en actions à déployer sur le terrain au niveau des services le plus souvent connues des équipes. De plus, un dispositif de communication où la gouvernance s'implique directement est en place via les binômes (chefs de service/cadres de santé,) des unités de soins, qui organisent des points flashes qualité gestion des risques au niveau de leur secteur. Un réseau de référents thématiques comme ceux sur la maîtrise du risque infectieux ou encore ceux sur la maîtrise des risques liés à l'identitovigilance est opérationnel. L'intranet et des affichages relayent aussi l'information. La présidence de CME mobilise aussi les équipes médicales autour du programme qualité gestion des risques grâce à des points réguliers sur l'analyse des

événements indésirables graves et des plans d'action à mettre en œuvre à chaque CME. La diffusion des recommandations des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles émanant des sociétés savantes, est assurée pour la communauté médicale par la sous-commission formation et celle des Revues de Morbi-Mortalité de la CME et par les chefs de services de chaque spécialité. La démarche d'évaluation des parcours et des risques en place avec les réseaux de périnatalogie des deux Savoie (RP2S) ou celui des urgences (Ug'AURA) favorise la démarche d'appropriation des bonnes pratiques par les équipes. Il est à souligner une impulsion de la CME dans la protocolisation des bonnes pratiques. Les médecins ont également accès à la bibliothèque scientifique du Centre Hospitalier Métropole Savoie de Chambéry. Enfin, la direction des soins encourage via la mise en œuvre des groupes de travail, la diffusion des bonnes pratiques et le déploiement d'ateliers thématiques sur les bonnes pratiques à adopter. L'établissement a une politique de promotion de l'accréditation individuelle des médecins et en équipe mais l'établissement ne dispose pas de médecins accrédités dans les spécialités à risque. En ce qui concerne la spécialité de gynéco-obstétrique, l'établissement prévoit de lancer le processus d'accréditation en équipe. En conclusion, la position de leadership de la gouvernance sur l'axe qualité gestion des risques est solide et affirmé et la structuration actuelle du dispositif permet de porter le programme qualité gestion des risques. La maîtrise de l'organisation du management qualité gestion des risques dans sa dimension assurance qualité est acquise. L'adéquation des ressources (compétences et temps de présence) est pilotée en fonction des nécessités liées à la qualité de la prise en charge des patients et les équipes en témoignent. Afin de sécuriser les activités, des modalités organisationnelles adaptées sont prévues. Des maquettes organisationnelles sont élaborées pour le personnel paramédical qui disposent d'un effectif cible. En saison d'hiver, la masse salariale augmente de 20% avec le recrutement de 40 agents qui bénéficient d'un programme d'intégration et d'un accompagnement par les différents référents thématiques dans les services. Un groupe d'agents est identifié pour effectuer des heures supplémentaires et ainsi réguler l'absentéisme dont le taux est très bas. Un dialogue de gestion mensuel est organisé entre la Direction des Ressources Humaines et la direction des soins sur le sujet de l'adaptation des effectifs à l'activité. L'adéquation des compétences à l'activité et à la sécurité des prises en charge est donc assurée. La gouvernance soutient la promotion du travail en équipe qui est un axe fort de la politique des ressources humaines qui repose sur la promotion et le soutien d'un management durable des hommes. Les équipes rencontrées témoignent de diverses démarches d'amélioration du travail en équipe comme des rencontres/réunions avec les cadres et les chefs de service pour aborder les problématiques organisationnelles. Les équipes médicales des urgences, de chirurgie traumatologique, d'obstétrique et de médecine organisent régulièrement des ateliers d'acquisition et de maintien des compétences pour les équipes soignantes ce qui contribue à la cohésion d'équipe observée lors de la visite. Mais des démarches d'accréditation en équipe ou de Programme Collaboratif Pluriprofessionnel d'Amélioration Continue du Travail en équipe ne sont pas déployées. L'évaluation des compétences individuelles est organisée pour le personnel paramédical via l'entretien individuel d'évaluation et celui de formation ce qui permet d'élaborer le programme de formation et d'évolution des compétences qui se synchronise avec le PAQSS. Les agents peuvent faire appel à une commission de professionnalisation. De plus, la démarche d'entretien professionnel médical est déployée sous la responsabilité du président de CME et un plan de formation en cohérence avec celui des paramédicaux est en construction. Des formations aux managements et un accompagnement type coaching sont proposées aux managers médicaux ou soignants qui partagent leur expérience lors de rencontre de travail. Le bureau de la CME est dans une démarche proactive avec les chefs de services qui favorise l'analyse des pratiques managériales. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est issue d'un baromètre social connu des professionnels et repose sur un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail qui a par exemple pour priorité la prévention du harcèlement moral et sexuel. Une charte de bienveillance et de respect entre collaborateurs est signée par les agents à l'embauche. Cette politique est concertée avec les partenaires sociaux et est un axe fort du projet social. Elle est aussi en phase avec la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des compétences. Des dispositifs de soutien des agents dans le cadre de conflits ou de situations difficiles sont portés par le service de santé au travail qui peut

accompagner les agents par des prises en charge individuelles lors d'une demande directe ou par des prises en charge collectives en équipe. L'encadrement est aussi un acteur mobilisé dans le cadre de régulation. Une collaboration efficace est en place entre la Direction des Ressources Humaines et la médecine de santé au travail qui est bien identifiée par les équipes. La médecine du travail qui est d'ailleurs responsable de la campagne de promotion de la vaccination contre la grippe dont le taux de vaccination des agents est de plus de 30%. La gestion des tensions hospitalières est organisée et repose sur un plan gradué par niveaux. Le niveau le plus haut est le niveau de déclenchement du plan blanc qui est formalisé et connu des équipes notamment par celle des urgences. Ce plan est opérationnel y compris dans son volet de prise en charge des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) qui se coordonne au niveau du territoire avec la CPTS et la ville. Des référents SSE sont présents au sein du service des urgences et l'acculturation des soignants aux risques SSE est en cours de diffusion. Les secteurs à risques des urgences et du bloc opératoire ont été identifiés et des fiches reflexes sont rédigées. Le volet numérique de ce plan blanc est élaboré. La cellule de crise tensions hospitalières (plus particulièrement celle dans les situations où le nombre de lits vacants pour hospitaliser les patients en attente est insuffisant) ou celle du plan blanc est très rapidement opérationnelle. Un exercice a été effectué en 2024 suivi d'un retour d'expérience et un exercice est prévu en 2025. Enfin, le recensement et le suivi du matériel est en place et les fiches reflexes liées aux ressources humaines sont opérationnelles. La mobilisation des ressources pourrait aussi s'effectuer par appel dans les stations de ski ou beaucoup de soignants sont en vacances. Au quotidien durant la période hivernale le dispositif de tension sur les lits est opérationnel et démontre son efficacité avec la possibilité de rappeler des personnels volontaires pour venir travailler 4 heures aux urgences pour faire diminuer la pression. La sécurité des biens et des personnes repose sur un Plan de Sécurisation de l'établissement qui se traduit en actions sur le terrain suivies par le responsable Travaux, Technique, Sécurité comme le déploiement d'un dispositif de caméras sur les lieux les plus à risques. Une convention Santé-Police-Justice est en cours d'élaboration et une coopération efficace avec la gendarmerie permet aux équipes de se sentir en sécurité. Enfin, la sécurisation des secteurs à risques est opérationnelle et le juste équilibre entre sécurité et déambulation des patients âgés est trouvé. La démarche développement durable se structure. Un référent est nommé et travaille en étroite collaboration avec le conseiller en transition écologique du GHT. Le programme d'actions qui se déploie a pour priorité d'optimiser le traitement des déchets par filière avec un objectif de baisse des quantités et d'appliquer les principes d'une alimentation saine et durable au niveau de la restauration. Les diagnostics de consommations d'énergies et d'émissions de gaz de serre sont réalisés et un projet commun de chaufferie avec la municipalité est en cours d'étude afin de diminuer les consommations de gaz et d'électricité. En cours de visite, face à nos remarques, l'établissement a déclenché une opération de réorganisation de ces containers à déchets infectieux dans les locaux intermédiaires des services de soins afin de rétablir la conformité des règles d'hygiène attendues. Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels sont déployées sur la thématique. La prise en charge des urgences vitales est adaptée et organisée au sein des services de soins. Un numéro d'appel unique auquel répond un médecin urgentiste est connu par les professionnels rencontrés qui s'expriment sur les signes cliniques d'une urgence vitale. L'évaluation de l'efficacité du dispositif d'urgence vitale est assurée par un retour d'expérience organisé par le médecin urgentiste responsable. La majorité des professionnels sont à jour de leur formation obligatoire à l'urgence vitale et la gestion du parc de matériel est assurée. Cependant, l'établissement ne déploie pas de programme de simulation en équipe à l'urgence vitale dans les secteurs d'activité. 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 : Resensibiliser les patients sur l'ensemble de leurs droits Evaluer et tracer les facteurs de risques de dépendance iatrogène Parfaire le dispositif d'analyse des pratiques basée sur les résultats cliniques en le déployant dans l'ensemble de services

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	730780525	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG ST MAURICE	Avenue du nantet 73704 Bourg-Saint-Maurice Cedex FRANCE
Établissement principal	730000247	CENTRE HOSPITALIER DE BOURG SAINT MAURICE	139 avenue du nantet Bp 11 73704 Bourg Saint Maurice 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)	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	Oui
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	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	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	833
Nombre de passages aux urgences générales	16,356
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	36
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	40
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	12
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	7
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
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)	4
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	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		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	
3	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
4	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Programmé	

			Tout l'établissement	
5	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
6	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
8	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
9	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
10	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Engagement patient		
13	Audit système	Représentants des usagers		
14	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
15	Audit système	Maitrise des risques		
16	Audit système	Dynamique d'amélioration		

17	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
20	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
21	Audit système	Coordination territoriale		
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
26	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	
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
28	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
30	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système	QVT & Travail en équipe		
32	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
33	Audit système	Leadership		

34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
35	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> <p>Urgences</p>	

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

