



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY

1 route de veyziat
Cs20100
01117 OYONNAX



Validé par la HAS en Décembre 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 – Décembre 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	17
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	23
Annexe 3. Programme de visite	27

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 DU HAUT BUGEY	
Adresse	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX Cedex FRANCE
Département / Région	Ain / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	010008407	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

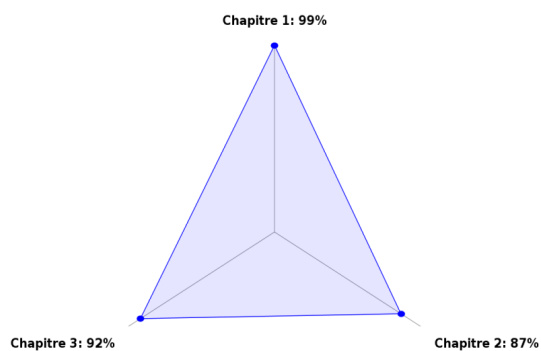
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

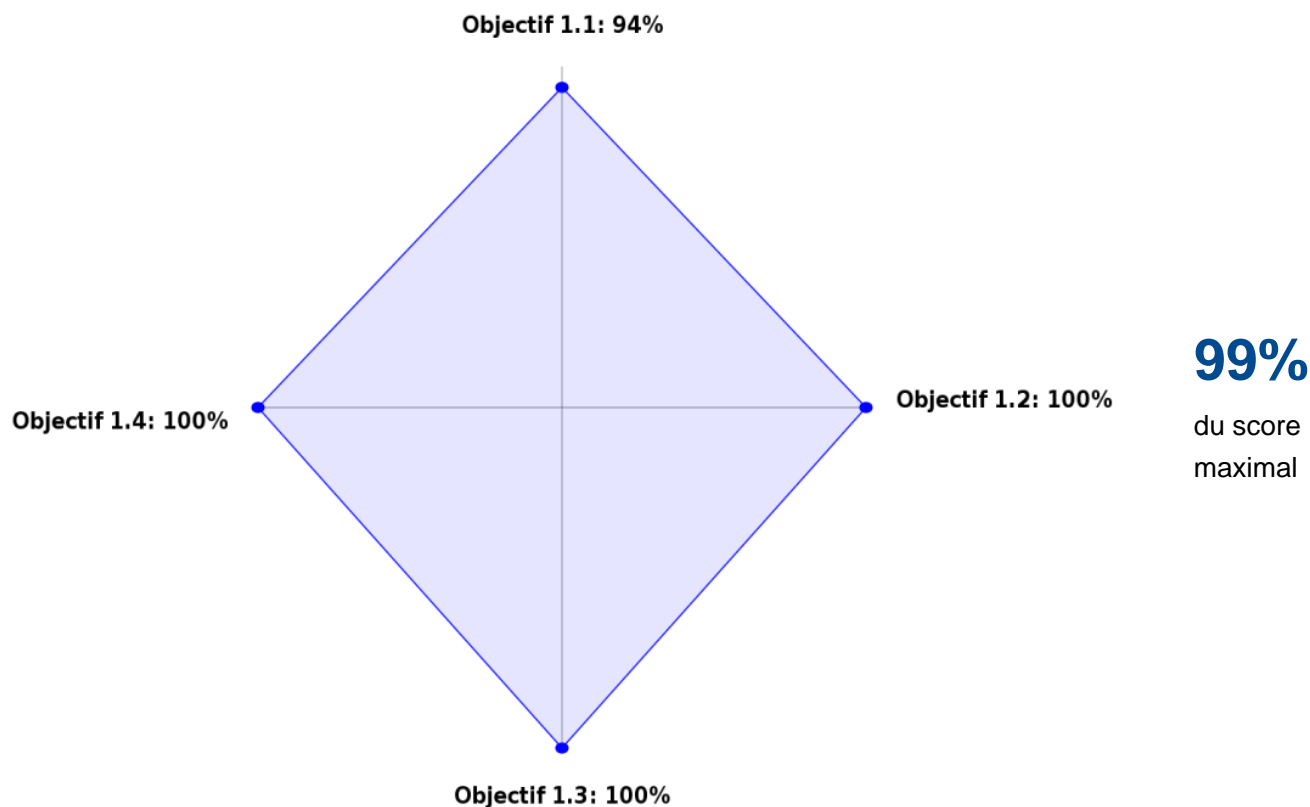
Au regard du profil de l'établissement, **120** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



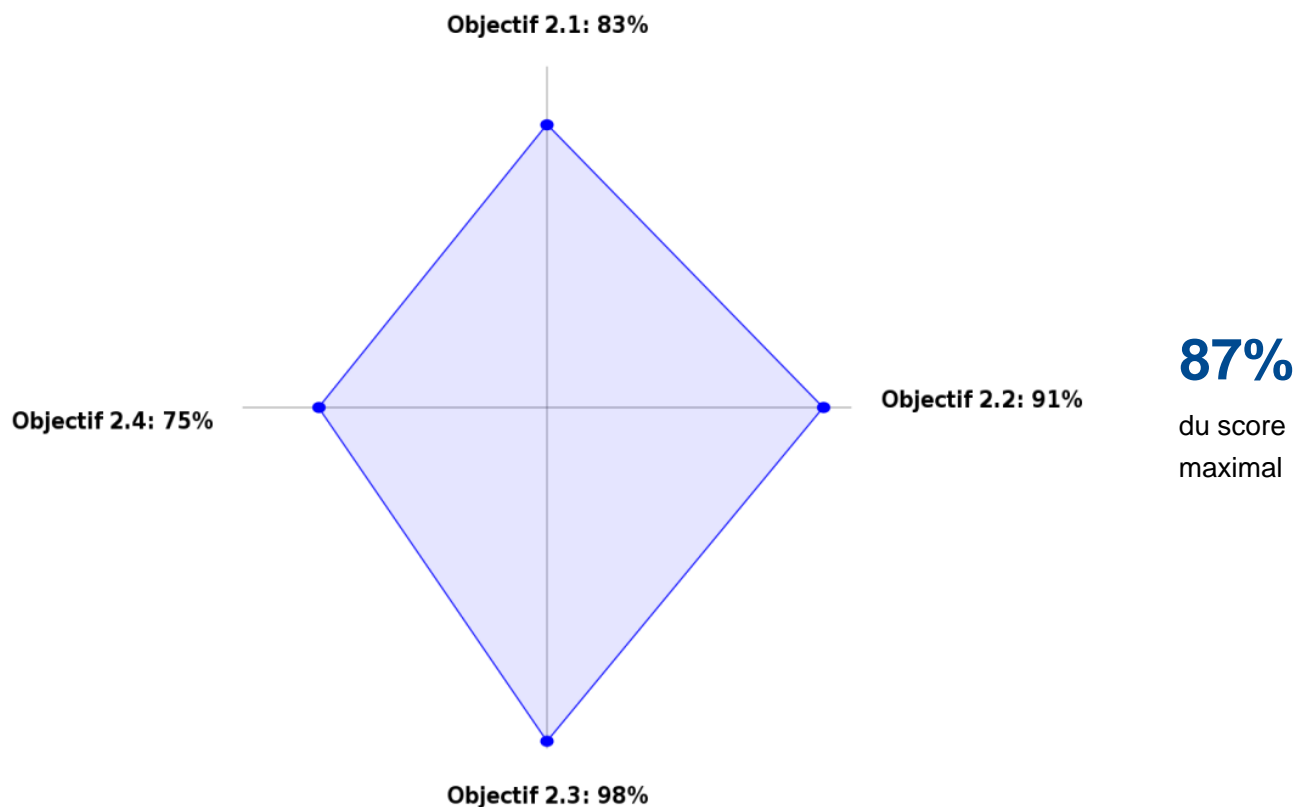
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le patient est informé et participe à toutes les étapes de sa prise en charge au travers de son consentement libre et éclairé sur la base d'une réflexion bénéfices risques. Adaptée au niveau de compréhension, l'information est délivrée au patient par la remise d'un livret d'accueil, au cours des consultations pré anesthésique et pré opératoire ou consultations prénatales. L'information du patient est également réalisée en cas de pose d'un matériel médical invasif, de transfusion de produits sanguins labiles ou de prise en charge avec les modalités spécifiques comme la prise en charge en ambulatoire. De nombreux documents mis à disposition complètent l'information du patient comme l'affichage des différentes chartes, la commission des usagers, les différentes associations intervenant dans l'établissement, les messages de santé publique et les indicateurs obligatoires. L'ensemble des patients rencontrés disposaient d'un livret d'accueil dans lequel toutes

les informations sont colligées. Malgré tous ces supports d'information, les patients rencontrés ne connaissent pas les RU (représentant des usagers), la possibilité de déclarer des événements indésirables inhérents à leur prise en charge ou la possibilité et la façon de formuler une plainte ou réclamation. Un travail est réalisé avec le chargé de communication et un représentant des usagers afin de mettre certains documents en FALC (Facilité à Lire et à Comprendre) ; le livret d'accueil est disponible sous ce format. Le recueil de la personne de confiance et des directives anticipées est en place dans l'établissement. L'identité de la personne à prévenir est tracée dans le DPI (Dossier Patient Informatisé). Le document comportant « personne de confiance et directives anticipées » est retrouvé dans le dossier papier du patient et scanné dans un second temps dans le dossier informatisé du patient. La sortie est anticipée lors des consultations pré opératoires et dès l'hospitalisation en secteur de médecine ou de gériatrie par la prise en compte de l'autonomie du patient et de ses conditions de vie. Des assistantes sociales peuvent être sollicitées en cas de besoin. Ces dernières participent aux synthèses pluridisciplinaires et rencontrent les patients et proches afin d'anticiper les besoins lors de la sortie. L'établissement collabore avec le PRADO pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et fluidifier le parcours hôpital-ville. Une lettre de sortie est remise au patient le jour de son départ. Suite au résultat de l'indicateur qualité sécurité des soins, un travail a été réalisé avec le re paramétrage d'une trame commune reprenant les critères attendus dans le dossier informatisé, la mise en place d'une dictée numérique au lit du patient envoyé au secrétariat pour permettre la saisie immédiate et le suivi par quick audit de la remise dans les secteurs où le taux de remise n'est pas satisfaisant. Néanmoins, les bilans thérapeutiques ne sont pas toujours notés dans les lettres de sortie et la remise n'est pas encore systématique. La satisfaction du patient est évaluée via « e satis » et un questionnaire présent dans le livret d'accueil. Pour augmenter le taux de retour des questionnaires, il a été mis à disposition des patients une tablette numérique afin de saisir leur réponse au moment du départ et une aide au remplissage par les soignants leur est proposée. Une enquête annuelle de satisfaction est réalisée auprès des patients en USLD (Unité de Soins Longue Durée) et de leurs proches. Des questionnaires spécifiques pour les urgences, la maternité et le secteur d'imagerie médicale sont proposés aux patients. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont diffusés aux équipes par voie d'affichage secteur par secteur et donnent suite à des axes d'amélioration comme la mise en place d'un buffet pour les petits déjeuners à la maternité ou le service des repas en assiette pour d'autres secteurs par exemple. Le respect des droits du patient est une valeur partagée pour les soignants rencontrés. L'architecture et les pratiques des professionnels permettent le respect de l'intimité et la dignité du patient. Les portes des chambres sont fermées, les chambres doubles ou triples en chirurgie ambulatoire sont équipées de paravents, tous les ordinateurs sont verrouillés. En pédiatrie, toutes les chambres sont équipées d'une couchette pour permettre à un parent de rester le soir avec leur enfant. Les relèves et staffs ont lieu dans la salle de soin fermée. Des locaux propres, clairs et spacieux permettent aux patients de se déplacer aisément y compris en fauteuil roulant. L'autonomie des patients est respectée par une prise en soin adaptée. Un APA (Activité Physique Adaptée) est présent tous les jours en Court Séjour Gériatrique pour mobiliser les patients afin d'éviter la grabatisation. Du matériel bariatrique peut être loué en cas de besoin, Les numéros des étages dans les ascenseurs sont en relief, des places de parking sont identifiées et une liste des personnes ressources est disponible dans la gestion documentaire informatisée. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté dans le service de pédiatrie. Un livret est remis aux enfants en consultation d'anesthésie ainsi qu'un masque à oxygène afin que l'enfant se familiarise avec. Les parents peuvent accompagner leurs enfants jusqu'au bloc opératoire et se rendre en salle de surveillance post interventionnelle à la sortie du bloc de l'enfant. Les enfants hospitalisés en chirurgie ambulatoire bénéficient systématiquement d'une chambre seule avec la présence d'un parent exigée pour la durée de l'hospitalisation. Cependant il a été remarqué l'absence de lits adaptés pour les jeunes enfants dans le secteur ambulatoire. Ils sont couchés dans des fauteuils adultes avec barrières à leur retour de bloc opératoire. Des lits pédiatriques sont disponibles dans le service voisin de pédiatrie. Une procédure formalise la conduite à tenir pour les emprunter en cas de besoin. L'architecture du service des urgences ne permet pas d'identifier une salle d'attente spécifique pour les enfants mais ces derniers sont pris en charge en priorité et sont hospitalisés

immédiatement après en service de pédiatrie le cas échéant. Un box dédié à la prise en charge des enfants est identifié aux services des urgences. Les prescriptions de contention sont rares, la recherche de la pertinence de la mise en place est recherchée et tracée dans le dossier patient ainsi que sa réévaluation. Les bonnes pratiques professionnelles de la contention sont formalisées et connues des professionnels rencontrés. Des bracelets avec géolocalisation viennent d'être testés en secteur gériatrique afin de permettre aux patients porteurs de troubles cognitifs de déambuler au sein du Centre Hospitalier. Un appel d'offre est lancé. En cas de précautions complémentaires, ces dernières sont médicalement indiquées, tracées et réévaluées ; le patient et sa famille sont informés. Le patient est sollicité à évaluer sa douleur. Les soignants sont sensibilisés à l'évaluation de la douleur et portent une vraie attention aux patients douloureux. Les évaluations sont tracées dans le dossier. Toutes les prescriptions d'antalgiques sont conformes. Les proches, les aidants et la personne de confiance, après avoir recueilli l'accord du patient, sont informés et associés au projet de soins comme avec le projet naissance en maternité par exemple. Le bureau d'accueil est ouvert tous les jours avec une grande amplitude horaire. Les numéros utiles au patient sont présents dans le livret d'accueil. Une permanence téléphonique est assurée 7J/7 et 24h/24 avec un répondeur.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



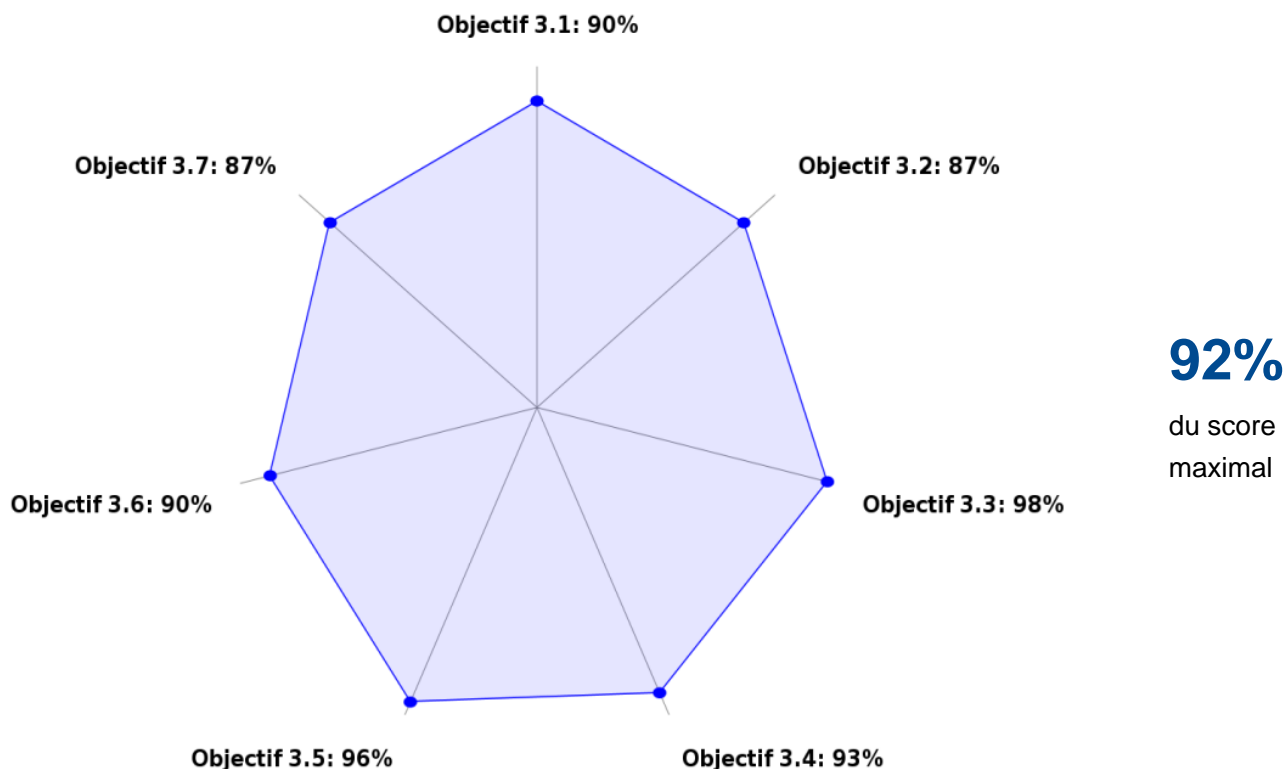
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	83%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	75%

Les admissions des patients sont décidées suite aux consultations pré opératoires ou pré natales, après entente téléphonique avec les médecins traitants ou via les urgences. Des temps décharges médicaux et paramédicaux sont effectifs avec des temps de relève entre les équipes d'une demi-heure. Le dossier patient informatisé est accessible à l'ensemble des acteurs de soins. Le projet de soin est construit avec le patient ou la future maman. La coordination entre les équipes de soins des différents secteurs permet une prise en charge sans rupture de la continuité. Le centre hospitalier travaille en lien avec les services HAD (Hospitalisation A Domicile) du secteur mais il n'y a pas d'analyse formalisée et partagée de transfert avec les HAD alors même que les délais de prise en charge sont considérés comme trop importants par certains secteurs comme la gériatrie par exemple. En cas de besoin, les professionnels disposent des coordonnées (mail et téléphone) des

référents internes, des membres du comité de lutte contre la douleur par exemple ou de l'infirmière hygiéniste. La gestion des vigilances réglementaires est effective, la liste des vigilants est à disposition des professionnels dans la gestion documentaire informatisée et connue des professionnels. Concernant le circuit du médicament, une dispensation globale est en place ou nominative selon les secteurs. Le contrôle des péremptions est assuré par les préparateurs en pharmacie avec un infirmier dans tous les services. Le transport des médicaments thermosensibles se fait à l'aide des poches thermo isolantes. Les réfrigérateurs des médicaments sont équipés de sonde qui permettent une surveillance hebdomadaire de la température avec traçabilité ainsi que le report vers les services techniques de l'hôpital en cas de problème. Une alarme est en place pour les secteurs fermés le weekend et les jours fériés avec une conduite à tenir formalisée connue des services techniques. Les modalités d'approvisionnement sont définies notamment en dehors des horaires d'ouverture par la présence d'une dotation en besoin urgent et la possibilité de faire appel au CHBB (centre hospitalier de Bourg en Bresse). Le dossier pharmaceutique du patient n'est pas utilisé. Des sessions de formation sur les bonnes pratiques du circuit du médicament sont réalisées par le pharmacien, elles portent sur l'utilisation des médicaments à risque, les Never Evens et le risque d'erreurs médicamenteuses. Ces formations sont obligatoires pour tous les nouveaux arrivants et réalisées tous les trois ans pour le reste des soignants. Des rappels sont faits via des pop up sur l'écran d'ouverture des PC sur l'utilisation du chlorure de potassium, une Check List avec double contrôle est utilisée en cas d'utilisation de chlorure de potassium et une fiche sur l'utilisation du chlorure de potassium est présente dans les « incollable de la qualité » remis à tout nouveau arrivant. Des listes des médicaments à risque sont retrouvées dans les services avec les médicaments présents dans le service surlignés, des listes spécifiques sont en place dans certains secteurs comme le bloc opératoire ou les urgences ainsi qu'un ensemble de fiches sur les « conduites à tenir en cas de surdosage d'un médicament à risque ». Cependant, il a été constaté, le premier jour, dans les services de soins que les ampoules de curare, destinées au chariot d'urgence, étaient rangées dans le réfrigérateur à médicaments sans être identifiées comme médicament à risque, dans une barquette transparente identifiée "chariot d'urgence". Ces ampoules étaient mélangées à un anti arythmique. Par contre, le curare est bien identifié comme médicament à haut risque au bloc opératoire et aux urgences. De même, le chlorure de potassium était stocké dans le tiroir des injectables, identifié avec le logo des médicaments à risque mais non isolé des autres électrolytes injectables. Les règles de stockage des médicaments à risque ne sont pas respectées ce qui entraîne un risque d'erreur médicamenteuse d'une part sur l'utilisation du curare en cas d'urgence vitale avec le risque de confusion entre les deux médicaments rangés dans la même "barquette" (curare et anti arythmique) et d'autre part l'utilisation erronée du chlorure de potassium à la place des ampoules d'électrolytes rangées à proximité sans étiquetage d'alerte distinctive. Dès l'écart constaté, l'établissement a immédiatement mis en place des actions correctives afin de répondre aux exigences concernant le stockage et l'identification des ampoules de chlorure de potassium. Dès le deuxième jour de visite, Le chlorure de potassium a été rangé dans une pochette rouge séparée des autres électrolytes, le curare a été identifié comme médicament à risque et séparé du médicament anti arythmique. La gestion et le suivi des antibiotiques sont assuré par le pharmacien. Des alertes sont paramétrées dans le DPI (dossier patient informatisé) à 48h et à 7 jours pour une justification. Un guide de prescription est à disposition des prescripteurs. Il existe également la possibilité d'avoir le recours du service d'infectiologie du CH de Bourg en Bresse ou du CHU le weekend. Le secteur interventionnel dispose de protocoles pour l'antibioprophylaxie prescrite lors de la consultation pré anesthésique. Elle est vérifiée au moment de la Check List opératoire et tracée dans le dossier du patient. La conciliation médicamenteuse est en place et la population concernée est définie : personne âgée de plus de 65 ans se présentant aux urgences et hospitalisés en médecine polyvalente. Le bloc opératoire dispose d'une organisation définie dans la charte de bloc et déclinée en sous commissions. Une évaluation des pratiques professionnelles débutée en 2024 et des indicateurs sont suivis portant sur la Check List notamment sur la présence de tous les acteurs aux 3 temps de la Check List. Les résultats montrent une absence de l'ensemble des acteurs au temps 1. Le suivi des NO GO est en place mais il reste à formaliser. Il n'a pas été retrouvé d'indicateurs portant sur le délai de reprogrammation et les écarts de programmation ni sur la qualité des informations transmises entre le bloc

opérateur et le reste des services. U En cas de transfusion, L'équipe assure la traçabilité dans le dossier du patient (dossier transfusionnel et clinique) les différentes étapes de la transfusion. La pertinence de la prescription est tracée. L'équipe connaît les protocoles de prise en charge des précautions standards liés aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge posttransfusionnelle et le taux de destruction est mesuré. Les examens biologiques et radiologiques sont réalisés au sein de l'établissement ; les modalités des prélèvements et le délai de retour des compte rendus de radiographie sont suivis . Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie de la délivrance est accessible et vérifié. Les conduites à tenir sont connues et formalisées. Tous les patients sont porteurs de bracelets d'identification. Les équipes connaissent les bonnes pratiques de l'identitovigilance. Une cellule d'identitovigilance est en place. Le pool de brancardage a été formé aux bonnes pratiques en hygiène, à l'identitovigilance et à la formation AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) Le risque infectieux se décline par la présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composée d'une infirmière à temps plein et d'un pharmacien hygiéniste à 20%. Le CLIAS (comité de lutte contre les infections associées aux soins) se réunit une fois par trimestre et un spécifique pour le secteur USLD/EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) est en place. Le groupe des référents présents dans chaque service participent à la rédaction des procédures. Les recommandations de bonnes pratiques sur l'hygiène sont formalisées. Des formations sont réalisées au regard des résultats des indicateurs comme des sessions de formation/sensibilisation pour l'hygiène des mains ou par la journée hygiène des mains réalisée par l'institut de formation des aides-soignants. Un chariot d'isolement et des affiches spécifiques en cas de mise en place de précautions complémentaires sont disponibles. L'Infirmière EOH est identifiée par l'ensemble des professionnels rencontrés. Pendant la visite, l'établissement était propre et les agents de service sont formés au bionettoyage . Des audits sont réalisés sur le risque infectieux notamment sous forme de quick audit comme par exemple celui portant sur les dispositifs invasifs. Une attention très rigoureuse est portée aux cathéters. Les équipes du secteur interventionnel maîtrisent le risque infectieux pour les dispositifs médicaux réutilisables. Formés, ils appliquent les recommandations de bonnes pratiques et assurent le suivi microbiologique et la maintenance préventive et curative de ces différents dispositifs. Les professionnels sont formés à la déclaration des EI (événements indésirables) et connaissent la conduite à tenir pour leurs déclarations. La démarche de gestion des risques est structurée. Il y a deux niveaux de traitements des événements indésirables . Le traitement via les CREX (comité de retour d'expérience) mis en place par service, selon la méthode ORION et organisés tous les 2 ou 3 mois. Un second niveau de traitement des EI se fait en commission « traitement des fiches EI » sur des thématiques plus transversales qui est composée par la direction, l'encadrement soignant, les responsables de pole et le service qualité. Des CREX sont organisés tous les 3 mois, par pole, avec une participation pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle Des CREX médicaments ont lieu également toutes les 6 semaines. Des RMM (revues de mortalité morbidité) sont planifiées en cas d'EIG (événements indésirables graves) qui nécessitent une déclaration à l'ARS (agence régionale de santé). Les soignants sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins. Un plan d'actions institutionnel est construit à partir des fiches de signalements d'évènements indésirables, des résultats d'audits ou d'indicateurs, des contraintes réglementaires, du recueil de la satisfaction patient, ... Il est suivi par le responsable qualité et les pilotes des actions. Suite à des audits, ou à des analyses d'évènement indésirables ou des retours de questionnaires de satisfaction, des actions correctives, connues des professionnels, ont été mises en place. Par exemple : l'appel d'un patient insatisfait au vu des résultats de son questionnaire de satisfaction, la mise en place d'un site internet « le portail des familles » pour les patients de l'USLD (unité de soins de longue durée) afin de pouvoir leur diffuser des informations planning des animations, compte rendu de réunions, résultats de l'enquête de satisfaction, ...) Le CH fait partie du réseau opérationnel de la coordination des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT) de Bourg en Bresse. Un médecin et deux infirmiers des urgences sont référents ; ils relaient les messages sur le don et participent chaque année à la journée d'information organisé par la CHPOT de Bourg en Bresse.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	90%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	93%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	96%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	90%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	87%

Le CHHB (Centre Hospitalier du Haut Bugey) bénéficie de plusieurs conventions avec les établissements voisins pour compléter son offre de soin comme, par exemple avec : le centre psychothérapique de l'Ain et la clinique de Chatillon pour la psychiatrie, la clinique Convert pour la cardiologie, la clinique d'Ambérieu pour les prises en charge MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), les EHPAD de proximité pour la filière d'aval

gériatrique, les HCL (Hôpitaux Civils de Lyon) pour la neuro chirurgie ou la cancérologie lourde.... Des réunions territoriales sont organisées pour l'accueil des urgences. Une cellule de coordination portant sur le parcours patient se tient tous les 15 jours ; sa composition est pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle et réunit tous les acteurs du territoire pour traiter des prises en charge gériatriques complexes. Des praticiens du CHBB (Centre Hospitalier de Bourg en Bresse) interviennent dans l'établissement. Concernant la prise en charge en chimiothérapie, c'est le CHBB qui prescrit la chimiothérapie avec la réalisation de la première cure puis le traitement est poursuivi au CHHB avec un médecin référent identifié. Deux associations interviennent comme les blouses roses en gériatrie par exemple ou en maternité. La mise à jour du réseau opérationnel des ressources est assurée par le directeur et en son absence, c'est le bedmanager qui prend la relève. L'alimentation du DMP, validée en CME, est assurée, tout au long de l'hospitalisation du patient sauf si opposition du patient tracée dans le dossier patient. Une messagerie sécurisée est déployée. Les modalités de communication permettent de joindre l'établissement 24h sur 24 , 7J sur 7. L'établissement a recours à la télé imagerie aux urgences la nuit. La lecture des électroencéphalogrammes peut se faire à distance grâce à la téléconsultation. La téléexpertise est utilisée lors de consultations dermatologiques par exemple. Dans le cadre des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé), le CHHB participe à des rencontres trimestrielles pendant lesquelles sont abordées différentes thématiques de prise en charge comme par exemple la prise en charge de l'obésité infantile. Des filières de prise en charge sont identifiées : filière gériatrique via la cellule de coordination de la filière gérontologique du Haut Bugey et par une prise en charge rapide aux urgences avec l'intervention rapide du gériatre d'astreinte, pour la pédiatrie prise en charge rapide aux urgences et hospitalisation directe en pédiatrie pour les enfants pris en charge par le SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation), la prise en charge des futures mamans directement à la maternité sans le passage aux urgences... A ce jour, la recherche clinique n'est pas développée au CHHB mais l'établissement soutient l'inclusion de patients à des recherches menées par les HCL sur la thrombose profonde. Il y a une participation aux recherches cliniques de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgences) portant sur les accidents vasculaires cérébraux et la prise de toxiques. Le recueil de la satisfaction est réalisé via e.satis et des questionnaires spécifiques du CHHB remis au patient. Les RU sont associés à l'analyse et au suivi des actions des réclamations, des EIG et questionnaires de sortie. Toutes les réclamations reçues par courrier, mail, téléphone, ou en direct lors d'entretiens avec des usagers demandant à rencontrer un représentant de la Direction (réclamations retranscrites par écrit) sont lues et étudiées lors des Commissions des usagers, et font l'objet de débats. Certaines des réclamations font l'objet d'un suivi lors de plusieurs réunions consécutives, ce qui permet de s'assurer de l'avancement des actions d'amélioration définies. Les résultats des questionnaires de sortie et les verbatims des usagers sont analysés annuellement avec les représentants des usagers, lors de la première CDU de l'année. Également, certains commentaires issus de ces questionnaires de sortie (lus toutes les 3 semaines en moyenne) peuvent être traités comme réclamations et faire l'objet d'une analyse plus approfondie en CDU, avec la participation des représentants des usagers. L'expérience patient reste à développer même si la réalisation de patient traceur et l'analyse des verbatims en place permettent d'appréhender le vécu des séjours des patients. La communication est centrée sur la patientèle comme le montrent les différentes informations délivrées aux patients lors des consultations pré opératoires et pré anesthésiques, pré partum et tout au long des prises en charge. Les professionnels bénéficient de formations sur la communication, la pédiatrie, la gestion de l'agressivité, la formation de self défense face aux personnes avec troubles cognitifs, la bientraitance,... La culture de la bientraitance est promue par le Centre Hospitalier du Haut Bugey, à travers des comportements professionnels démontrant leur appropriation avec une vigilance aux situations de maltraitance. Les déclarations de maltraitance sont recensées via les fiches de déclaration d'évènement indésirable. Une cartographie de risques de maltraitance est présente dans chaque service et a été réalisée en associant un RU. Les tenues des professionnels ont un code couleur pour la fonction et sont identifiées au nom du professionnel. Les professionnels sont informés des plaintes et réclamations. Ces dernières sont présentées à la commission des usagers et lors des points qualité par pôle toutes les 6 semaines environ. Les représentants des usagers sont impliqués dans la structure. Ils

participent à différentes instances mais ne sont pas inclus dans l'analyse des évènements indésirables et le projet des usagers n'est pas formalisé. Un comité d'éthique a été mise en place début 2024, sa composition est pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire ; une adresse mail est à disposition des soignants en cas de besoin. Les professionnels rencontrés n'ont pas toujours la connaissance de ce comité malgré un courrier d'information et d'appel à candidature diffusé à l'ensemble des professionnels avec une feuille de paie. L'accès du dossier patient est formalisé et les délais de remise de dossier en cas de demande sont conformes. L'indicateur de la délivrance et de la qualité de la lettre de liaison est suivi. La culture qualité portée par la gouvernance se décline en quatre axes principaux : favoriser l'appropriation de la démarche qualité, améliorer la satisfaction des usagers, préparer l'établissement à faire face à des situations sanitaires exceptionnelles et améliorer la pertinence de la prise en charge. La Politique qualité, élaborée à partir du projet d'établissement avec une rédaction collégiale, est déclinée sur le terrain par le service qualité, les cadres de santé et les référents qualité. La responsable qualité est présente aux différentes instances pour faire un retour sur la démarche qualité et l'avancée du plan d'actions. L'accueil des nouveaux arrivants est organisé par la remise d'une clé USB contenant tous les renseignements utiles à la prise de poste et un ensemble de fiches « les incollables de la qualité » . Deux journées de formation sont organisées ainsi que des temps d'échange avec l'encadrement. Une formation sur l'utilisation des logiciels est réalisée. Un programme de formation est défini chaque année. Des entretiens d'évaluation des compétences sont réalisés tous les ans avec le recueil des souhaits de formation . Afin de fidéliser les professionnels, des formations diplômantes sont proposées et les faisant fonction de cadre de santé sont accompagnés par la direction des soins. Des formations spécifiques sont proposées à l'encadrement et en cas de besoin ils peuvent bénéficier de coaching. Des réunions mensuelles du directeur des soins, des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé sont organisées. La démarche QVT (qualité de vie au travail) est en place dans l'établissement. Suite à l'enquête réalisée, un référent handicap pour les professionnels a été identifié et un pool de remplacement a été créé afin de limiter les rappels des agents sur leur repos. L'absentéisme peut être géré par des appels via l'application UBLO avec le paiement des heures supplémentaires. En cas de conflit, les professionnels concernés sont reçus par l'encadrement, des réunions de médiations peuvent être organisées. Dans l'objectif de faire connaître les métiers de la santé, le CHHB participe au forum local des métiers hospitaliers et un projet d'ouverture d'un institut de formation en soins infirmiers est en cours avec la ville. L'établissement dispose d'un plan blanc avec une cellule de crise opérationnelle. Des exercices annuels donnent lieu à un retour d'expérience avec des actions d'amélioration comme l'identification d'une personne dédiée au rappel des agents ou la modification d'une fiche action avec la précision du lieu de rassemblement par exemple. En cas d'intrusion, l'établissement est doté de caméra et un vigile assure trois rondes nocturnes dans l'ensemble des services. La prise en charge des urgences vitales dans l'établissement se décline par présence de chariots d'urgences vitales dans chaque secteur de soins, le suivi rigoureux de la formation AFGSU pour les professionnels de santé. Sont réalisés également des exercices de simulation dans les différents services comme en maternité où il existe un mannequin femme et un mannequin bébé pour la formation annuelle « réanimation néo natale ».Le numéro unique est connu par l'ensemble des professionnels rencontrés. Le développement durable est porté par un pilote et la politique Développement Durable formalisée est intégrée au projet d'établissement. Le groupe est composé de référents en cours de formation afin d'être labélisés dans l'objectif de former l'ensemble des professionnels. Le tri des déchets est en place ainsi que le suivi de la consommation énergétique. La gestion documentaire est informatisée, les professionnels ont connaissance des nouvelles procédures via le cadre ou le responsable qualité. Le suivi de la mise à jour des documents qualité est assurée par l'équipe qualité et la diffusion est réalisée une fois le document validé par les personnes concernées. Les IQSS (indicateurs qualité sécurité de soins) sont recueillis par le service qualité avec la participation des médecins et des paramédicaux. Leurs diffusions auprès des équipes sont réalisées par voie d'affichage, l'intervention du service qualité dans les services, les référents qualité et/ou le cadre de santé. Des évaluations des pratiques professionnelles sont conduites, elles portent sur différentes thématiques comme la pertinence d'examens d'imagerie, les pratiques en antibiothérapie, les précautions complémentaires, la pertinence de la transfusion hors heures ouvrables, la

contention chez la personne âgée,.... Malgré une information et une sollicitation par la direction, peu de médecins sont accrédités. 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 : Garantir de la présence de l'ensemble des professionnels aux différents de la chekc-list au bloc opératoire afin d'en garantir l'utilisation optimale Revoir le stockage des médicaments (notamment ceux à risques) afin de sécuriser l'ensemble du circuit S'assurer que chaque patient quitte l'établissement avec une lettre de liaison complète afin de permettre une coordination des soins efficiente

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	010008407	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX FRANCE
Établissement principal	010005239	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX Cedex FRANCE
Établissement géographique	010789717	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY - SLD OYONNAX	1 rue bellevue 01108 Oyonnax 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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	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	1,684
Nombre de passages aux urgences générales	22,849
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	60
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	26
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	21
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	7
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	176
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	1
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	15
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	5
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	35
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)	7
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Coordination territoriale		
2	Audit système	Engagement patient		
3	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
6	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

8	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
9	Audit système	Maitrise des risques		
10	Audit système	Dynamique d'amélioration		
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
12	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement Urgences	
	Parcours		Ambulatoire	

15	traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
16	Parcours traceur		<p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	
17	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
18	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p>	
19	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR/Urgences
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées		Précautions standard et complémentaires

		aux soins		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
23	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
24	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
26	Audit système	Leadership		
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
28	Audit système	QVT & Travail en équipe		
29	Audit système	Entretien Professionnel		
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Audit système	Entretien Professionnel		
33	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
34	Audit système	Engagement patient		
35	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Audit système	Entretien Professionnel		
38	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Tout l'établissement	
39	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
40	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
	Patient		Hospitalisation complète	

41	traceur		Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
43	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
44	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
45	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maternité Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
46	Audit système	Coordination territoriale		
47	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
48	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
49	Audit système	Entretien Professionnel		
50	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
	Patient		Adulte	

51	traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Audit système	Représentants des usagers		
53	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	
54	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
56	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Audit système	Coordination territoriale		

58	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
59	Audit système	Leadership		
60	Audit système	Maitrise des risques		
61	Audit système	QVT & Travail en équipe		
62	Audit système	Dynamique d'amélioration		
63	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
64	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
65	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
66	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
67	Audit système	Entretien Professionnel		
68	Audit système	Entretien Professionnel		
69	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
70	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
	Audit	Risques numériques -		

71	systeme	Professionnels		
72	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
73	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>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
74	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
75	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>Programmé</p> <p>Soins critiques</p> <p>Tout l'établissement</p>	
76	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>	

77	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
78	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
79	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
80	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
81	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
82	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
	Parcours		Adulte	

83	traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Maternité Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
84	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
85	Audit système	Entretien Professionnel		
86	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire 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	
87	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
88	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
89	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours		Adulte	

90	traceur		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	
91	Audit système	Entretien Professionnel		
92	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
93	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
94	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
95	Audit système	Représentants des usagers		
96	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 SAMU-SMUR Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent	

97			<p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
98	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>	

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

