



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CH LES CHANAUX et CH
DU CLUNISOIS et CH
BELNAY TOURNUS**

350 boulevard louis escande
71018 Macon



Validé par la HAS en Juillet 2024

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 – Juillet 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	26
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	27
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	29
Annexe 3. Programme de visite	33

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

CH LES CHANAUX et CH DU CLUNISOIS et CH BELNAY TOURNUS	
Adresse	350 boulevard louis escande 71018 Macon FRANCE
Département / Région	Saône-et-Loire / Bourgogne-Franche-Comté
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	710780263	CENTRE HOSPITALIER DE MACON-LES CHANAUX	350 BOULEVARD LOUIS ESCANDE 71018 Macon Cedex
Établissement juridique	710781360	CENTRE HOSPITALIER BELNAY	627 avenue henri et suzanne vitrier Bp 97 71700 Tournus FRANCE
Établissement juridique	710781089	CENTRE HOSPITALIER DU CLUNISOIS	13 place du Docteur Charles Pleindoux 71250 Cluny FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

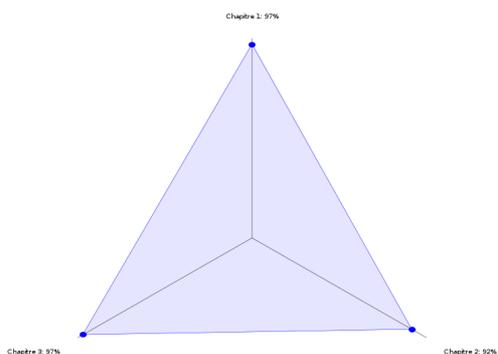
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

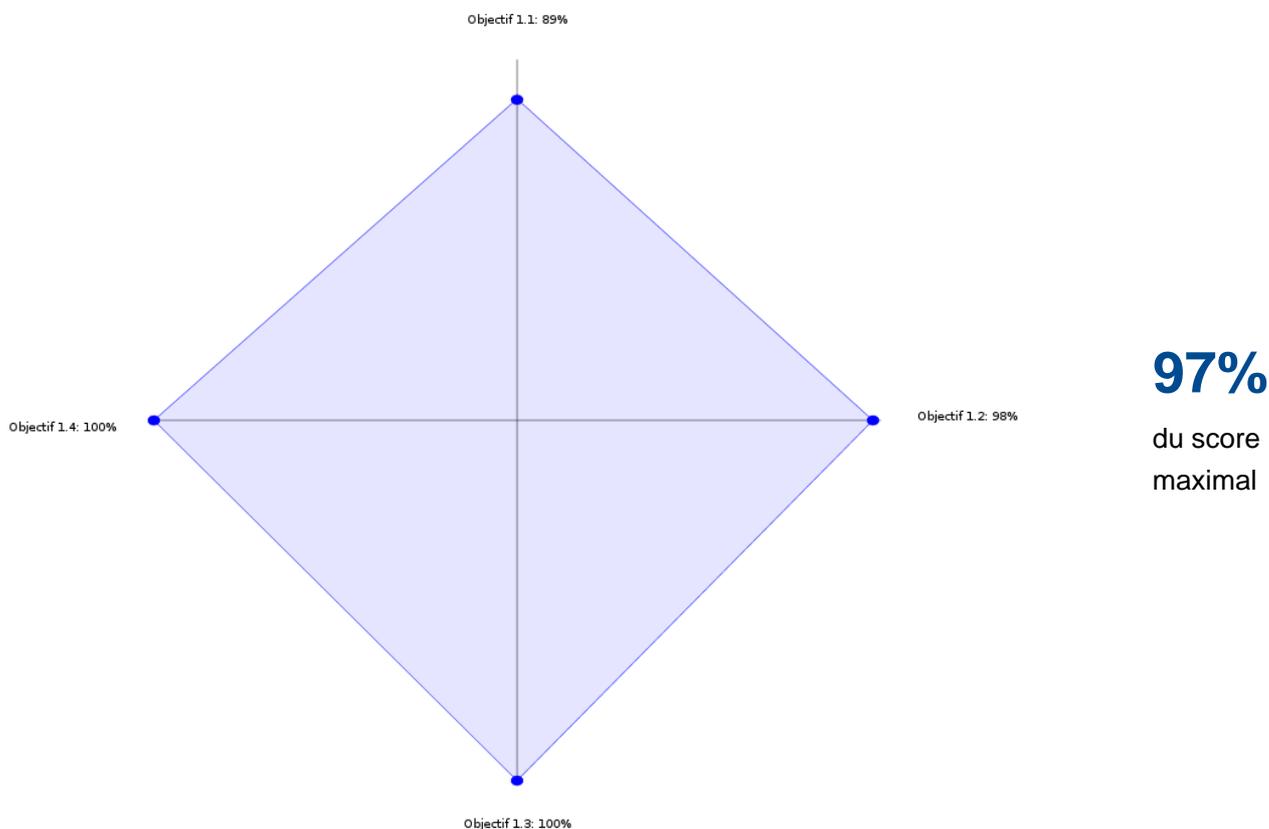
Au regard du profil de l'établissement, **132** critères lui sont applicables

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.	89%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

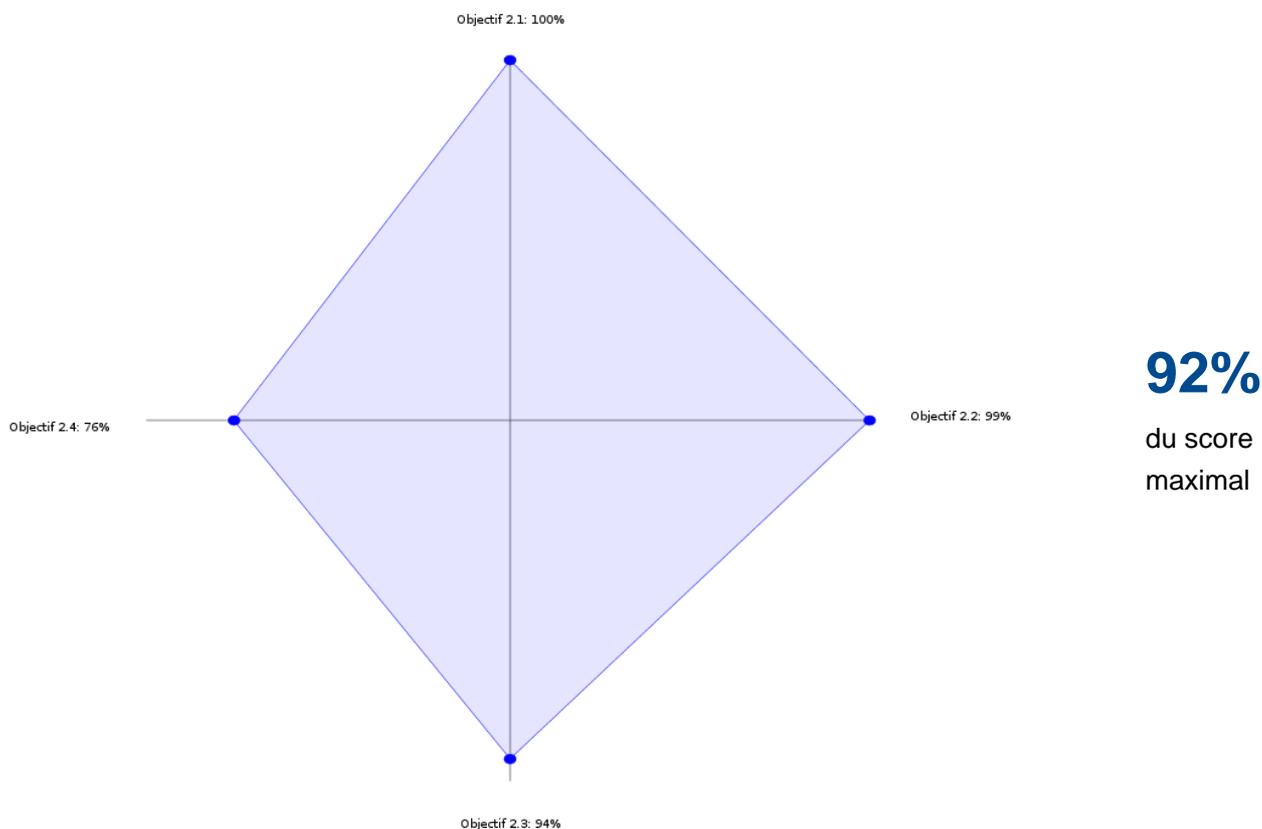
Dès son premier contact avec les professionnels des Centres Hospitalier de Mâcon, de Cluny et de Tournus, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins sont apportées 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 retrouvé. 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 par

exemple ceux d'oncologie, de gériatrie, de pédiatrie, de néphrologie-hémodialyse, de psychiatrie ou encore ceux où les patients transitent par la Réanimation ou les Soins Continus pour l'Hôpital de Mâcon ou ceux de médecine polyvalente pour les hôpitaux de Cluny et de Tournus. 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 comme le démontre l'organisation de l'information et de l'accompagnement, du patient, par exemple en Unité de Soins de Longue Durée (USLD), en Obstétrique, en Médecine Physique de Réadaptation (MPR) sur Mâcon mais aussi en Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) sur les trois hôpitaux. La présence des proches, quand la situation le nécessite, est favorisée et plus particulièrement dans les secteurs de pédiatrie, de Néonatalogie ou au bloc opératoire pour les interventions de chirurgie pédiatrique. 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 retrouvée. Les équipes appliquent les bonnes pratiques attendues et l'analyse de la pertinence des actes de transfusion sanguine est réalisée. En chirurgie ambulatoire, il reçoit systématiquement les informations spécifiques à cette prise en charge et le passeport chirurgie ambulatoire qui lui est remis permet de les tracer et de les lui rappeler. En maternité, les parturientes déclarent que dès le début de la grossesse, un projet de naissance a été élaboré avec les parents. Dans les secteurs de médecine, de cancérologie, d'USLD de SMR des trois hôpitaux mais aussi de réanimation en situation de fin vie, le patient peut aisément décider d'avoir recours à des soins palliatifs. Une démarche palliative pluridisciplinaire coordonnée est mise en œuvre par les équipes pour les patients en fin de vie. Elle est coordonnée par l'équipe mobile de soins palliatif de la direction commune avec le service d'hospitalisation de soins palliatifs de Mâcon mais aussi les services disposant des lits identifiés de soins palliatifs des hôpitaux de Cluny et de Tournus. En oncologie, et sur le parcours de Cancérologie les patients bénéficient d'un parcours de référence totalement organisé avec notamment un diagnostic d'annonce, un suivi de son programme de soins et la proposition de soins de supports conventionnels intégrés L'organisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est conforme et il est à noter une participation active de tous les spécialistes médicaux attendus comme les radiologues, les radiothérapeutes et les pharmaciens. Enfin, en Hospitalisation A Domicile (HAD), où son adhésion au projet de prise en charge est systématiquement retrouvée sont informés, le patient et son entourage des contacts hospitaliers nécessaires à la continuité de sa prise en charge. Les patients témoignent pouvoir s'exprimer sur leur expérience au regard de leur maladie, donner leur point de vue aux équipes de soins et se sentent entendus sur les trois établissements. Cependant, ils s'expriment peu sur les modalités du recueil de cette expérience et de leur satisfaction notamment sur l'établissement de Mâcon qui participe pourtant à la campagne e-satis en MCO et en SMR. Les équipes commencent à déployer des questionnaires sur l'expérience patient, effectués avant la sortie du patient, en remplacement des questionnaires de sortie classique comme en secteur de dialyse, d'HAD ou en encore en oncologie où des associations comme la ligue contre le cancer interviennent, ce qui dénote la volonté institutionnelle de promouvoir le recueil de l'expression patient. EN USLD, un groupe d'expression des familles a été créé. Par ailleurs, les patients connaissent peu les représentants des usagers et les modalités pour les joindre ainsi que leur droit à pouvoir déposer une réclamation ou un événement indésirable durant leur hospitalisation alors que ces informations sont contenues dans à un livret d'accueil qui leur est remis et qu'un affichage systématique les reprend dans les services. L'information du patient sur l'alimentation de son dossier médical espace santé est organisée mais les patients déclarent ne pas avoir été informés. De plus, le patient n'est pas systématiquement informé sur son droit à rédiger des directives anticipées mais cela est dû au fait que les équipes médicales recherchent le bon moment pour la mise en œuvre de cette information d'un point de vue éthique alors que l'information est présente dans le livret d'accueil et que le dispositif d'information du patient par les équipes soignantes est en place. L'architecture des établissements, 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 quasi-totalité des secteurs d'activité des trois institutions. Cependant, sur le Centre Hospitalier de Mâcon, l'organisation spatiale et les superficies du service de pédiatrie ne sont plus en adéquation avec son

activité soutenue sur les trois âges de l'enfance (nourrisson, grand enfant et adolescent) à la fois sur le secteur des urgences pédiatrique, celui de l'UHCD ou encore celui de l'hospitalisation. Ainsi les conditions d'hospitalisation de cette population vulnérable ne permettent plus le respect de la dignité et l'intimité de cette dernière malgré la bienveillance permanente des équipes soignantes (médecins, puéricultrices, auxiliaires de puériculture..) qui sont en nombre satisfaisant pour prendre en charge les enfants mais qui ne peuvent pas appliquer les bonnes pratiques souhaitées avec un incessant croisement de flux de grands enfants présentant des maladies chroniques avec des jeunes adolescents présentant des problématiques psychologiques et sociales. Les équipes sont par ailleurs formées à accompagner ses populations et proposent une prise en charge adaptée centrée sur la maîtrise des risques et le bien-être de l'enfant et de l'adolescent où le maintien de la socialisation et de l'accompagnement scolaire et éducatif reste une priorité malgré l'exiguïté des locaux. L'établissement a bien identifié cette problématique et étudie la possibilité de lancer une opération d'extension du service dans son programme global de rénovation des services d'hospitalisation. En revanche, l'avis de l'enfant sur son projet de soins est recherché et un travail sur l'alliance thérapeutique est mené avec lui et son entourage en équipe pluridisciplinaires, notamment pour les maladies chroniques comme par exemple le diabète. Par ailleurs, lors du passage à l'âge adulte du jeune, les équipes des secteurs de pédiatrie se coordonnent avec les équipes des services adultes afin d'organiser au mieux la transition pour le jeune patient et son entourage. De plus, le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté en chirurgie lors de l'hospitalisation en traumatologie-orthopédie ou en chirurgie générale et ambulatoire où un circuit particulier de prise en charge est organisé. Les enfants sont pris en charge sur des secteurs identifiés avec du matériel adapté par des équipes ayant été formées. Par ailleurs, au bloc opératoire, un circuit particulier d'arrivée et de sortie des enfants est en place prévoyant l'intégration des parents avec des zones identifiées en salle de réveil. De plus, dans le cadre de son programme immobilier le circuit spécifique à la prise en charge des enfants aux urgences adultes pour la traumatologie va être totalement rénové en 2025. Par ailleurs, sur le secteur fermé de psychiatrie, il existe une zone composée d'une chambre d'isolement conforme aux attendus des bonnes pratiques et de quatre autres chambres dites « d'apaisement » qui sont aussi en réalité des chambres d'isolements totalement sécurisées fermées à clé mais qui ne sont pas conformes aux bonnes pratiques d'isolement et ne correspondant pas non plus à des espaces d'apaisement que l'on retrouve par ailleurs conformément sur une autre pièce du service. Des patients sont mis en isolement dans ces chambres, quand l'espace d'isolement est occupé et restent hospitalisés dans cette zone lors de la levée de l'isolement. L'établissement a aussi bien identifié cette problématique et étudie la possibilité de lancer une opération de reconfiguration et de mises aux normes de cette zone d'isolement, à intégrer à son programme global de rénovation des services d'hospitalisation. Le rapport annuel sur l'isolement et la contention 2022 de l'établissement déclare 1577 heures d'isolements hors espaces dédiés pour 40 patients et 1330 heures dans des espaces dédiés pour 39 patients, et 1058 heures pour 15 patients qui ont eu recours à la contention mécanique qui relève toujours d'une décision médicale, y compris dans les autres services d'hospitalisations des trois établissements quand un patient nécessite une contention où l'évaluation bénéfique risque est retrouvée tracée. Le matériel nécessaire aux bonnes pratiques de contention est quant à lui présent. De plus, les équipes ne s'expriment pas sur des indicateurs de suivi spécifiques à l'isolement (Durée moyenne, nombre d'isolement...) et des études de pertinences des prescriptions ne sont pas amorcées. Néanmoins, les équipes sont formées aux bonnes pratiques de surveillance et de prise en charge des patients en isolement et un débriefing post isolement est prévu. Les prescriptions de restrictions des libertés sont conformes et réévaluées. Le patient ou sa personne de confiance sont informés, et la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque de la mesure de restriction et sa réévaluation de la pertinence est assurée. De plus, les patients nécessitant un isolement sont hospitalisés sous le régime d'une hospitalisation sans consentement. En effet, les patients hospitalisés en secteurs fermés reçoivent la totalité de l'information attendue lors d'une décision de soins sans consentement et plus particulièrement l'information médicale ayant conduit à la décision et les démarches administratives et juridiques inhérentes à ce mode d'hospitalisation sont opérationnelles. Par ailleurs, la prise en charge somatique des patients en chambre d'isolement et plus généralement en psychiatrie est assurée. Un

examen somatique est effectué à l'entrée du patient soit au niveau des urgences somatiques où un urgentiste examine le patient en complémentarité avec une équipe de liaison de soins psychiatriques, où un psychiatre et un infirmier sont présents le jour aux urgences psychiatriques, soit par un médecin généraliste présent en secteur de psychiatrie pour les entrées programmées. La permanence des soins somatiques en psychiatrie est assurée par la permanence des soins du pôle de gériatrie. Par la suite, les patients psychiatriques ont accès au plateau technique ainsi qu'à des consultations et le médecin généraliste prend en charge le suivi somatique durant l'hospitalisation. Enfin, la liberté d'aller et venir des patients en fonction de leur régime d'hospitalisation est respectée au sein du bâtiment d'hospitalisation de psychiatrie et un juste équilibre entre le respect des droits du patient, sa protection et la sécurité des autres est toujours recherché. Les patients en hospitalisation libre sont tous hospitalisés dans le secteur de psychiatrie ouverte. Sur la trajectoire de prise en charge du patient en psychiatrie, la prévention du risque suicidaire est effectuée et repose sur un dispositif formalisé connu de tous. La prévention et l'anticipation des récurrences d'épisodes de violence est organisée et le secteur d'activité va déployer un outil sur le modèle du plan de prévention partagé pour les patients concernés. Enfin, en psychiatrie ambulatoire, l'organisation en place permet d'assurer un accès précoce aux usagers. Le patient témoigne 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 son arrivée est toujours retrouvée et sa réévaluation avec ou sans traitement l'est quasiment tout autant. Au sein des secteurs des trois hôpitaux et plus particulièrement en service de gériatrie, de SMR ou d'USLD le patient âgé dépendant ou porteur d'un handicap bénéficie d'une prise en charge qui vise à maintenir son autonomie et son lien social grâce à des programmes de rééducation réadaptation et d'activités répondant à leurs besoins. Les patients en situation de précarité sociale et d'handicap sont précocement dépistés et accompagnés grâce à l'action en transversale des assistantes sociales et de celle de la Permanence d'Accès aux Soins (PASS) en complémentarité de l'action des équipes pluridisciplinaires. Cependant, l'accessibilité de la totalité des locaux et des plateaux techniques à tous les types d'handicap n'est pas encore opérationnelle mais les projets de rénovation intègrent ce critère. Un panel de soins adapté et un accompagnement spécifique sur l'inclusion sociale du patient présentant des troubles psychiques sont assurés par l'équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle dans le cadre d'un parcours intégré de santé mentale entre le dispositif d'intra hospitalier et le dispositif extra hospitalier grâce à une démarche de réhabilitation psycho-sociale intégrée au projet de prise en charge du patient. Enfin, les conditions de vie habituelles du patient sont incluses à son projet de soins pour préparer sa sortie quelle que soit sa prise en charge. Le patient et plus particulièrement le patient vulnérable est informé des changements de son traitement médicamenteux retrouvés tracés dans la lettre de liaison remise à sa sortie par l'équipe médicale comportant toutes les informations nécessaires à la continuité des soins et accompagnée des ordonnances nécessaires. Ces lettres de liaison sont envoyées de manière dématérialisée par la messagerie sécurisée. En pédiatrie, la traçabilité des informations nécessaire à la continuité des soins sont intégrées au carnet de santé de l'enfant. Le partenariat avec le réseau de médecins traitants est favorisé.

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	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	76%

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 du SMUR, point de départ de la prise en charge, permet à l'équipe des urgences d'assurer au patient, qui est systématiquement orienté par un Infirmier d'Accueil et d'Orientation, une trajectoire de prise en charge fluide la plus adaptée à ses besoins afin que qu'il séjourne le moins possible aux urgences, car les équipes médicale peuvent accéder aux informations du dossier du patient concernant d'autres hospitalisations ou consultations et aux informations détenus au sein du Dossier Médical Partagé (DMP) de mon espace santé qui est lui-même alimenté des informations attendues

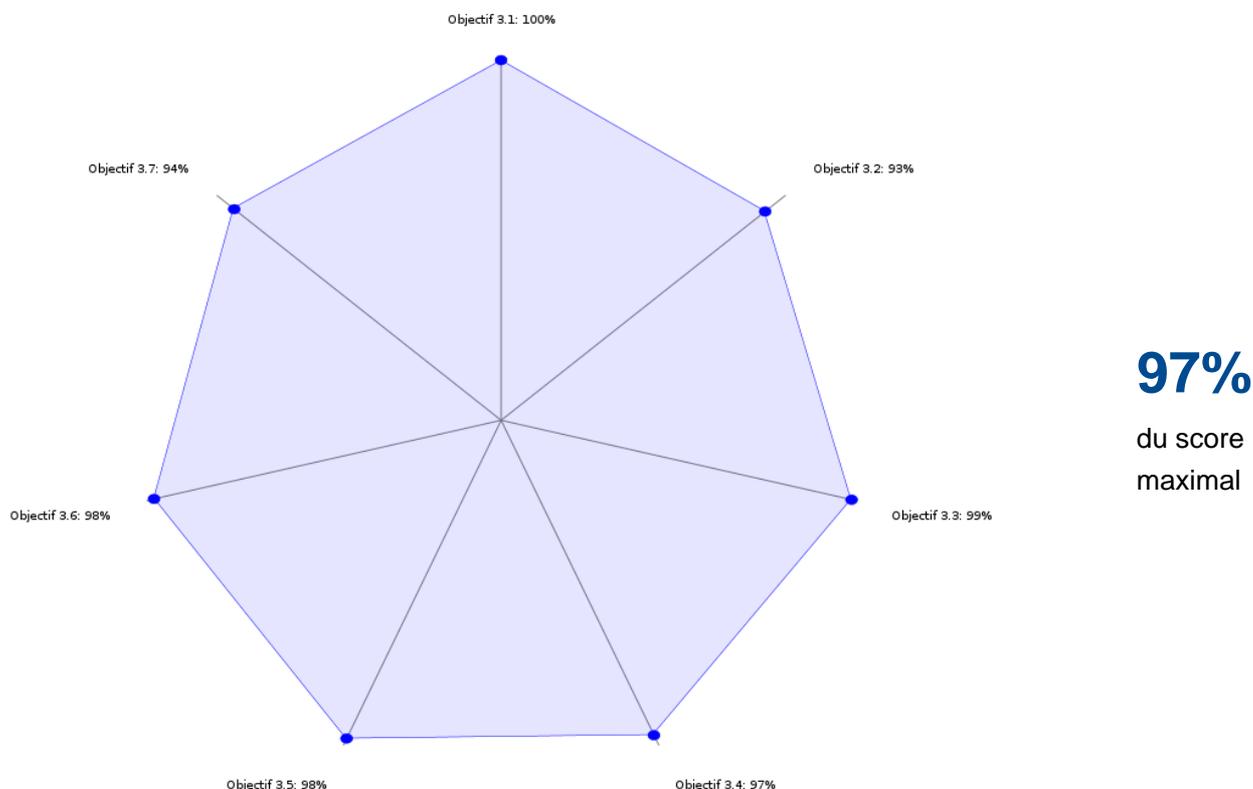
lors de la sortie du patient. Le taux d'alimentation du DMP est en progression et des actions d'amélioration sont en cours de déploiement auprès des secrétariats médicaux. Les délais d'attente au niveau des urgences sont mesurés et communiqués aux patients et les équipes des urgences connaissent en temps réel la disponibilité des lits d'hospitalisation. Le projet de soins individualisé est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires comme en secteur de SMR de chaque établissement et de MPR, où la pertinence de l'admission est argumentée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire. En fin de compte, la pertinence des parcours est systématiquement argumentée quel que soit le parcours conformément aux référentiels de bonnes pratiques. Les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, citons comme exemple la coordination en place au sein du parcours de prise en charge des patients de chirurgie bariatrique avec le secteur d'endocrinologie diabétologie qui se concrétise autour d'un passeport de soins remis au patient ou celle déployé en HAD où une réunion pluridisciplinaire de coordination a lieu périodiquement au domicile du patient ou encore la coordination inter établissement des parcours de médecine SMR où le Centres hospitaliers de Cluny et Tournus assurent une mission essentielle d'aval des filières de soins mâconnaise. Cette coordination repose sur la complétude et l'accessibilité du dossier patient en temps utile dans la totalité des secteurs d'hospitalisation. L'ergonomie du dossier du patient informatisé permet de l'alimenter de façon aisée par l'ensemble des professionnels, ce qui contribue à la continuité et à la coordination des soins, notamment entre les équipes des secteurs interventionnels et celles des secteurs d'hospitalisation. Par ailleurs, la coordination des acteurs de la programmation de l'activité du bloc opératoire est opérationnelle en tenant compte de la priorisation des urgences. Elle repose aussi en interne sur les équipes de recours et d'expertise comme celles de la douleur chronique, de la filière de cardiologie, de cancérologie, de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux, de celle de médecine physique et de réadaptation et celle de l'unité d'éducation thérapeutique et d'innovation en santé sans oublier celle d'addictologie ou encore, des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs et de psychiatrie de liaison et de précarité. De plus, en psychiatrie, les structures ambulatoires de psychiatrie adultes entretiennent une relation organisée avec le médecin traitant par des contacts téléphoniques et des courriers à périodicité définie et lors d'évènements particuliers sentinelles à suivre en complémentarité. La traçabilité par les équipes des trois établissements de la pertinence de la prescription des antibiotiques et sa réévaluation à 48h-72h est systématique. Le référent antibiothérapie du Centres Hospitalier de Mâcon est très disponible pour les équipes médicales et des recommandations locales correspondant aux bonnes pratiques sur le sujet sont disponibles et communiquées lors des jeudis de l'information médicale. Les bonnes pratiques sont mises en œuvre au bloc opératoire, au bloc obstétrical et sur le secteur interventionnel d'endoscopie ou de coronarographie où la check-list sécurité des patients est utilisée de manière efficace car un suivi et une analyse de la réalisation de cette dernière sont opérés. Cependant, les équipes ne disposent pas de plan d'actions d'amélioration au regard des résultats des indicateurs de réalisation de la check-list et plus particulièrement concernant les causes de report d'intervention même si des actions d'amélioration sont entreprises via l'analyse d'évènements indésirables. 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 de l'accueil urgence. Les agents rencontrés sont formés, habilités et connaissent les bonnes pratiques liées à l'obligation des 5 traits stricts de vérification. Les bonnes pratiques d'hygiène, notamment l'hygiène des mains ainsi que les pratiques des précautions standards et complémentaires sont le plus souvent appliquées par les équipes pluridisciplinaires au sein des services d'hospitalisation : utilisation des solutions hydroalcooliques (indicateur suivi mais peu connu par les équipes de soin), tenue professionnelle adaptée sans port de bijoux. Les équipes appliquent les précautions standards et complémentaires de leur rôle propre et celles prescrites afin de maîtriser le risque infectieux en services d'hospitalisation, sur les secteurs interventionnels et au bloc opératoire. Il en est de même pour le matériel réutilisable, ou lors d'actes de soins comme les pansements, les

sondages urinaires ou la pose de voies veineuses périphériques. Néanmoins, des audits de bonnes pratiques observationnels et de traçabilité sur le lavage des mains, sur les précautions standards et complémentaires et sur le suivi des dispositifs invasifs ne sont pas menés par l'équipe d'hygiène hospitalière dans tous les secteurs d'activité à risques comme par exemple, lors de la période per-opératoire. Les équipes appliquent 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 antibiotique. En secteurs d'endoscopie et au bloc opératoire, les bonnes pratiques de traitements et de traçabilité des endoscopes sont mises en œuvre par les équipes quelle que soit la spécialité mais en secteur de réanimation, la désinfection des sondes d'Échocardiographie Transoesophagienne (ETO) ne correspond, pas quant à elle, aux bonnes pratiques. La formation des professionnels s'appuie exclusivement sur des formations internes conduites par l'équipe d'hygiène Hospitalière sans validation par un organisme extérieur. Les bonnes pratiques de la maîtrise du risque infectieux sont également observées en secteur d'hémodialyse où la complémentarité de la prise en charge du patient entre la néphrologie et le plateau technique d'hémodialyse est totalement intégrée au parcours. Sur les plateaux techniques ou même en unité de chirurgie ambulatoire où l'autorisation de sortie est systématiquement renseignée, les équipes maîtrisent les bonnes pratiques spécifiques à ces secteurs. En maternité, elles mettent en œuvre les conduites attendues pour maîtriser les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat. Des critères de sévérité comme la dénutrition, l'incontinence urinaire, la confusion, les chutes et la perte d'autonomie sont dépistés, évalués et maîtrisés par les équipes selon une organisation institutionnelle formalisée, reposant sur une approche pluridisciplinaire notamment en USLD, court séjour gériatrique, et en SMR sur les trois hôpitaux. Les professionnels évaluent cliniquement ces critères et les notifient dans le dossier et en informent le patient et son entourage. Par ailleurs, les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination dans la logique de réduire les risques pour eux-mêmes mais aussi pour les patients pris en charge. La politique vaccinale est soutenue par la médecine du travail qui gère les obligations vaccinales des agents et le service d'hygiène hospitalière. Une campagne de sensibilisation annuelle est diligentée pour favoriser la vaccination contre la grippe. Les équipes connaissent les circuits des vigilances notamment celui de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. Les référents sont connus. La coordination des vigilances est assurée par une commission vigilance présidée par le médecin coordonnateur des risques associés aux soins. Le transport en intra hospitalier des patients est organisé, et fonctionne avec une équipe de brancardiers totalement professionnalisée. Les bonnes pratiques du circuit de chimiothérapie et d'immunothérapie de la prescription à l'administration des thérapeutiques en passant par la dispensation avec le « go chimio » et la préparation en zone protégée sont en place. Par ailleurs, les bonnes pratiques de prescription, de dispensation, d'administration et d'approvisionnement des médicaments y compris des médicaments à risques, sous forme orale et injectable sont mises en œuvre au sein des trois établissements composant la direction commune et de la filière d'HAD de Mâcon citons comme exemple un protocole d'antalgique spécifique à la personne âgée en chirurgie orthopédique. L'analyse pharmaceutique est en place et les cliniciens en tiennent compte. Par ailleurs, la conciliation médicamenteuse est amorcée sur les trois établissements. Cependant, le stockage des médicaments et plus particulièrement des médicaments à risque n'est pas totalement maîtrisé sur le Centre Hospitalier des Chanaux à Mâcon alors que tout est conforme sur les Centres hospitaliers de Cluny et de Tournus. L'établissement a systématiquement amené les actions correctives maîtrisant les risques potentiels au regard de nos constats notamment sur le stockage du Chlorure de Potassium et de l'héparine en cours de visite et nous a présenté une intégration de critères d'évaluation sur le stockage des médicaments à risque sur la grille d'audit de l'évaluation de la gestion des médicaments dans les unités de soins. Une action d'amélioration en ce sens a été intégrée au Programme d'Amélioration de la Qualité et de Sécurité des Soins. Par ailleurs, l'appropriation par les équipes rencontrées des risques liés aux médicaments à risques présents sur la liste institutionnelle adaptée et connue des équipes n'est pas homogène, alors que des actions de sensibilisation sont portées par la pharmacie. De plus, l'établissement a initié 16 évaluations sur la gestion des médicaments dans les unités de soins en 2023 avec pour objectif de les avoir déployées fin 2024 sur la totalité des secteurs d'activité. Un réseau de préparateurs en pharmacie animé

par les pharmaciens est en place avec dans chaque unité de soins un préparateur référent. La déclaration des événements indésirables (EI) liées aux médicaments est amorcée en 2023 sur 800 EI 17 % soit 136 étaient liées aux médicaments et un CREX médicament a analysé 5 événements indésirables graves en 2023. Les équipes améliorent leurs pratiques professionnelles au regard de l'analyse des indicateurs qualité et sécurité des soins de leur secteur d'activité et ont participé à leur recueil au sein des trois établissements. En effet, chaque équipe dispose d'un programme d'actions d'amélioration au regard de l'analyse des indicateurs comme le suivi de la prise en charge de la douleur, le délai de remise de la lettre de liaison et la complétude des éléments attendus au sein de cette dernière ou encore, au regard de l'analyse des indicateurs qualité de la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux mesurés aux urgences, puis en Soins Médicaux de Réadaptation (SMR). Ce programme, élaboré avec les équipes par le trinôme référent qualité, cadre de santé, médecins responsables, intégré au programme qualité de chacun des pôles, est globalement bien connu et maîtrisé des équipes rencontrées. En conclusion, les indicateurs qualité sécurité des soins sont analysés au niveau institutionnel, présentés en instance et plus particulièrement en CDU et sont communiqués aux équipes. De la même manière, ce programme de spécialité par pôle dispose d'actions correctives relatives à l'analyse des événements indésirables ou presque-accidents déclarés et les équipes s'expriment sur la notion de presque accidents. L'organisation de la déclaration et de l'analyse des événements indésirables est en place au sein de l'établissement et est systématiquement connue. De plus, une charte d'incitation à la déclaration des Événements indésirables est diffusée. Des Comités d'analyse de ses événements indésirables (CREX) ou des Revues de Morbi-Mortalité (RMM), notamment pour analyser les événements indésirables (EI) classifiés comme graves, sont créés au niveau de chacun des pôles d'activités afin de mener l'analyse de ces derniers avec la méthode ALARM sous la supervision du médecin coordonnateur de la sécurité des soins, à laquelle beaucoup de soignants ont été formés. Les plans d'actions décidés avec les équipes, communiqués via le réseau de référents qualité, accompagné par l'encadrement et les médecins chefs de service, la plupart du temps connus par les équipes 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 dans le dossier du patient. En 2023, une nette augmentation de la déclaration des événements indésirables liés aux soins est constatée accompagnée par celle des analyses. 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'identification d'actions d'amélioration par les équipes au sein de ces programmes d'actions concernant l'analyse de la satisfaction, de l'expérience et des plaintes et réclamations des patients, est plus aléatoire alors que le point de vue du patient est bien intégré au PAQSS institutionnel et des pôles par les équipes qualité avec des actions émanant de l'analyse institutionnelle de la satisfaction et de l'expérience patient. De plus, une grande majorité d'équipes, organisées en parcours patient, disposent d'actions d'amélioration de leurs pratiques professionnelles au regard des résultats cliniques des populations accueillies dans les secteurs d'activité comme en obstétrique, en cardiologie interventionnelle en lien avec le SMUR, en neuro-vasculaire en lien avec l'équipe de radiologie (IRM), en hospitalisation à domicile, en chirurgie bariatrique avec l'endocrinologie ou encore en SMR en articulation avec les services adresseurs sur les trois établissements. Il en est de même en réanimation pour les patients en fin de vie ou en soins palliatifs, ou encore en cancérologie au décours de parcours complexes où la complémentarité des prises en charge s'impose (radiothérapie, chimiothérapie et chirurgie). Des Revues de Morbi-Mortalité (RMM) sont menées dans les secteurs de Cardiologie, des Urgences, de Gériatrie, d'Obstétrique, de Néphrologie et de Pédiatrie sous la houlette des médecins chefs de ces services. Les équipes des secteurs de soins critiques (réanimation et soins continus) effectuent des RMM et mettent en place des actions pour améliorer la prise en charge de leurs patients mais le suivi et l'analyse des refus d'admission de patient ainsi que le suivi des réhospitalisations à 48h/72H ne sont pas opérationnels et ce secteur sensible ne dispose pas d'indicateurs spécifiques de suivi au regard des recommandations de bonnes pratiques. Enfin, des actions d'amélioration de la qualité des examens biologiques sont opérationnelles au niveau du laboratoire mais les services ne disposent pas toujours des tableaux de suivi des non conformités élaborés avec la proposition d'actions d'amélioration. En ce qui concerne

l'imagerie médicale, les suivis de la pertinence des prescriptions et des délais de rendu des examens sont en place. 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 concernant les rayons ionisants. Cependant, les patients ne sont pas toujours informés par les équipes des doses de rayonnements ionisants reçues malgré le fait que ces dernières soient tracées dans le compte rendu d'imagerie. Pour terminer, la coordination de prélèvements d'organes et surtout de tissus est active au sein de l'établissement où tous les patients déclarés en mort cérébrale font l'objet d'une analyse d'éligibilité au don d'organes. Cette activité est totalement maîtrisée et correspond aux bonnes pratiques des référentiels attendus par l'agence de biomédecine, en témoigne l'évaluation des résultats menée au regard de ces référentiels.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
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	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

Le Centre Hospitalier des Chanaux de Mâcon est l'établissement support du GHT de Bourgogne Méridionale composé de 5 Centres Hospitaliers dont deux en direction commune Tournus et du Cluny, en direction commune. Leur zone d'attractivité couvre une population de 300000 habitants qui se situe au carrefour des régions Bourgogne Franche Comté et Auvergne Rhône Alpes et plus particulièrement des départements de

Saône et Loire, Rhône et Ain. Le Centre Hospitalier de Mâcon dispose d'un panel d'offre de soins de référence (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie adulte, SMR, USLD, addictologie, soins palliatifs avec un plateau technique complet) reparti sur trois sites pour un total de 620 lits. Les Centres hospitaliers du Clunisois et de Tournus labélisés, hôpitaux de proximité disposent pour le premier de 348 lits dont 15 de médecine et 40 de SMR et de 246 lits pour le second dont 20 lits de médecine et 30 de SMR avec tous deux des lits identifiés de soins palliatifs. Un programme pluriannuel d'investissement de modernisation ambitieux se déploie depuis 2014 sur le Centre Hospitalier de Mâcon afin de soutenir le projet stratégique d'établissement. Tout d'abord, un programme de 60 millions d'euros hors investissement Ségur de la Santé se déploie avec pour objectif la mise aux normes incendie et l'isolation des façades (phase achevée), la création d'un plateau de la permanence des soins par restructuration et extension des locaux actuels des urgences adultes et pédiatriques, de la réanimation et des soins continus et des rénovations de services. Programme auquel s'ajoute des opérations nouvelles au titre du programme Ségur de la santé comme la restructuration et l'extension de la pharmacie. Les centres hospitaliers de Cluny et de Tournus sont également engagés depuis plusieurs années dans un programme adapté à leur structure d'humanisation de leurs locaux. Le Centre Hospitalier de Mâcon est positionné comme établissement pivot de son bassin d'attractivité pour ses activités de référence de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de Soins Médicaux et de Réadaptation et de prise en charge de la personne âgée et de l'enfant. Les filières de prise en charge sont organisées dans le cadre du GHT avec comme stratégie le soutien des établissements de proximité sur la prise en charge des urgences, de la médecine de la personne âgée, de la chirurgie mais aussi de la prise en charge des soins critiques. Des temps partagés de médecins sont proposés aux établissements du GHT par l'établissement support. Des consultations avancées sont mises en place sur les hôpitaux de Cluny et de Tournus comme par exemple en infectiologie, en cardiologie, en chirurgie vasculaire et en néphrologie. Les activités de recours sont organisées avec le CHU de Dijon pour la neurologie interventionnelle dans le cadre de la prise en charge des Accidents Vasculaire Cérébraux, pour la chirurgie cardiaque, pour la périnatalogie, mais aussi pour l'activité de neurochirurgie et avec le CHU de Lyon pour les activités de pédiatrie et de chirurgie infantile. En urgence, les modalités de prises en charge rapides sur l'hôpital de Mâcon sont donc organisées, notamment pour les activités d'obstétrique, de Cardiologie interventionnelle, de soins palliatifs, d'addictologie sans oublier les activités de Neurologie Interventionnelle et de pédiatrie avant transfert sur le CHU de référence. La politique « d'aller vers » des établissements de la direction commune au sein du GHT se concrétise aussi dans le positionnement du Centre Hospitalier de Mâcon comme acteur dynamique du maillage du réseau médico-social de son bassin de vie et plus particulièrement du réseau des EHPAD du territoire qui commence à être relié par un dispositif de télésanté déjà très avancé sur le territoire de l'Hôpital de Tournus. Un lien fort ville hôpital est construit avec la maison médicale pluriprofessionnelle de Mâcon et des réunions thématiques cliniques avec les médecins libéraux sont organisées comme celles animées régulièrement par les cardiologues. Le Centre Hospitalier de Tournus est très actif dans la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé de son bassin. Par ailleurs, le centre hospitalier de Mâcon participe activement à la feuille de route du Projet Territorial de Santé Mental adulte avec pour objectifs de lutter contre la stigmatisation du patient atteint de troubles psychiatriques et de concrétiser une démarche de réhabilitation psychosociale pour tous les patients susceptibles d'en bénéficier. Le Pôle de psychiatrie est aussi actif au sein du Conseil de Santé Mentale de Mâcon et le Groupement d'Entraide Mutuelle de territoire. Un comité technique d'évaluation et de régulation entre le secteur de psychiatrie et les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) permet aux patients de demeurer dans leur résidence médico-sociale sans transfert en psychiatrie systématique lors de phase aiguë. Le service d'hospitalisation de psychiatrie propose aussi des séjours de rupture pour les résidents des MAS qui le nécessitent. Au final, cet ensemble d'hôpitaux, maillons essentiels de l'offre de soins du GHT, ouvert sur son territoire, a su construire de nombreux partenariats pour coordonner et piloter le parcours des patients dans différentes spécialités avec les partenaires identifiés sur son territoire afin de les fluidifier. L'hôpital de Mâcon dispose aussi d'une organisation qui permet de prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences avec son dispositif permettant des admissions directes en service de gériatrie (hotline « allo gériatrie » de 8h00 à 16h00 pour la

médecine de ville). Par ailleurs, les patients 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 de 6H sur l'ensemble des services de la direction commune. La prévention des passages aux urgences de cette population vulnérable est donc organisée et la régulation des parcours de la personne âgée est fluide au niveau du maillage entre les trois établissements. Des modalités de communication, notamment téléphoniques, permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter les services aisément pour des prises de RDV ou des renseignements. Une messagerie sécurisée ad-hoc intégrée à l'espace de confiance MS santé connue des professionnels est déployée sur les trois établissements, pour fluidifier les échanges et améliorer la communication avec la ville. Les médecins libéraux de Cluny et de Tournus ont accès aux dossiers patients informatisés de leur cabinet par un dispositif sécurisé. Enfin, la recherche clinique médicale et paramédicale se développe sous l'impulsion d'un médecin chargé de coordonner les démarches au niveau de la direction commune dans le cadre d'un groupement de recherche piloté par le CHU de Dijon ce qui permet aux patients de l'établissement d'avoir accès aux innovations thérapeutiques, citons comme exemple l'axe de recherche en santé primaire sur le lien ville hôpital. La recherche paramédicale repose sur l'équipe de l'unité d'éducation thérapeutique et d'innovation. L'établissement de Mâcon support du GHT émerge aux Systèmes d'Interrogation de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifique. Cette organisation contribue à valoriser l'attractivité du recrutement médical. La prise en compte de l'engagement patient est un axe soutenu de la politique droit des patients de l'établissement et repose sur des actions de communication centrées sur le patient. En effet, des formations sont organisées sur la communication/patients. Des programmes d'éducation thérapeutique soutenus par l'équipe de l'unité transversale d'éducation thérapeutique sont déployés en diabétologie, en dialyse, en MPR et en SMR avec la participation d'anciens patients à l'animation des groupes mais les patients ne participent pas à ce jour à l'analyse des événements indésirables ou à des RMM. En psychiatrie la démarche de psycho-éducation est en cours de déploiement. La démarche d'expertise patient est donc amorcée au sein des établissements. La politique de promotion de la bientraitance et de lutte contre la maltraitance fait l'objet d'un véritable engagement institutionnel clairement acté dans les politiques qualité des trois établissements afin d'être porté de manière collégiale comme ont pu en témoigner les représentants des usagers. Des audits et des groupes d'analyse des pratiques en lien sont organisés par la Direction des Soins. 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. En conclusion, l'engagement patient individuel et collectif est fortement impulsé par la gouvernance. Quelle que soit la population prise en charge, les services de soins, citons comme exemple la maternité, les urgences, le service d'addictologie, favorisent l'accès aux soins des personnes vulnérables et précaires grâce à l'action de la Permanence d'Accès aux Soins et du service social qui permettent une prise en charge précoce et l'organisation d'un circuit de prise en charge adaptée. La culture du questionnement éthique est ancrée comme en témoignent les équipes des trois hôpitaux. La démarche éthique est structurée autour du Groupe de Réflexion Ethique du Maconnais auquel participe des agents et des représentants des usagers des établissements. 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. Les Commissions Des Usagers (CDU) fonctionnent et la gestion des plaintes est organisée. De plus, les soignants connaissent en général les plaintes de leur secteur d'activité ce qui témoigne des dynamiques institutionnelles, en revanche ils font peu référence aux programmes d'actions de la CDU. Le dispositif de médiation médicale est en place mais peu de médiations sont demandées par les usagers. Les délais d'accès du patient à son dossier sont suivis et correspondent aux attendus. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie des établissements et déclarent être force de propositions et participer à différentes instances. Ils peuvent également rencontrer les patients dans les services d'hospitalisation et informer les familles de leurs droits. Les membres des trois CDU proposent des actions d'amélioration que chaque établissement intègre et suit dans son Programme d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS). Sur le centre hospitalier de Tournus, les représentants des usagers jouent le rôle de médiateur avec les familles

lors de réclamations et une permanence des usagers a été mise en place. L'action d'amélioration proposée pour 2024 est de rapprocher encore plus des équipes des patients. Sur l'hôpital de Cluny, les représentants de usagers ont participé à la semaine sécurité des patients et à celle de l'hygiène des mains ainsi qu'à une enquête sur l'identité-vigilance auprès des patients. Ces représentants des usagers ont par ailleurs rédigé un projet des usagers. La position de leadership de la gouvernance est affichée dans les orientations stratégiques des trois établissements de la direction commune et dans les 6 axes prioritaires communs qui sous-tendent les trois politiques qualité, sécurité et pertinence des soins. Chaque établissement dispose, donc, d'une politique qualité gestion des risques et d'un Programme Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) spécifiques mais les enjeux sont identiques. La structuration de la démarche est ainsi identique puisque la direction qualité gestion des risques est commune aux trois établissements avec des relais sur chacun d'eux. Cette position de leadership se concrétise aussi autour d'une synergie nouvelle de l'équipe qualité /gestion des risques du GHT avec le recrutement de nouveaux acteurs et un positionnement fort des présidences des Commissions Médicales d'Établissement (CME). Elle se traduit aussi dans les modes d'organisation managériale des institutions, on retrouve un niveau stratégique avec les instances de concertation ou facultatives comme les directoires ou les CME qui ont un rôle moteur de leadership avec la création d'une sous-commission qualité au niveau des CME et un COPIL de la qualité et de la sécurité des soins qui situe un niveau pilotage. Au niveau opérationnel, sont positionnés des groupes de travail, des personnes ressources comme les vigilants, les sous commissions des CME comme le Comité de Lutte contre la Douleur, les Comités de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et pour finir les Commissions du médicament et des Dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) puis au niveau des services le binôme médecin chef de service/référent qualité (cadre de santé). Annuellement, les orientations stratégiques sont réajustées par le COPIL de la qualité et présentées en instances. La politique 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'analyse de l'expérience patients, de l'analyse des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) mais aussi d'actions émanant de l'évaluation de la pertinence des parcours et qui se décline ensuite en actions concrètes sur le terrain. Chaque service dispose d'un plan d'actions qui lui est propre globalement bien connu des équipes. Chaque action dispose d'un pilote et d'un indicateur de résultat. Un dispositif de communication où la gouvernance s'implique directement est en place via les binômes référents qualité/gestion des risques (chefs de service/cadres de santé, référents qualité) des unités de soins. Les présidents de CME mobilisent 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. Des temps flash gérés par les cadres et les équipes qualités ainsi qu'un journal qualité mensuel viennent soutenir la communication de terrain. La diffusion des recommandations des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles émanant des sociétés savantes, est assurée pour la communauté médicale par la commission qualité des CME et les autres sous-commissions thématiques et lors « des jeudis » de l'information médicale sur Mâcon. Des points sont également organisés dans les secteurs d'activité par les chefs de service en partenariat avec les cadres afin de présenter des recommandations de bonnes pratiques aux équipes paramédicales ainsi qu'aux internes. La Direction des soins de son côté organise la diffusion des bonnes pratiques via les membres de la commission des soins et l'organisation d'ateliers thématique sur les bonnes pratiques à adopter. Les recommandations des bonnes pratiques sont communiquées et connues des équipes via un logiciel de gestion documentaire qualité. Cependant, l'analyse de la pertinence des admissions, des ré hospitalisations et des séjours sur la base de recommandations de bonnes pratiques n'est pas déployée dans tous les secteurs d'activité. Enfin, l'organisation en aval des urgences permet une fluidité des parcours en toute sécurité. La gouvernance soutient et accompagne les médecins désireux d'initier un programme d'accréditation individuelle et la cartographie des médecins éligibles non encore accrédités est en cours d'élaboration. A ce jour trois chirurgiens et un gynécologue obstétricien sont accrédités. La volonté de certaines équipes d'entrée dans le processus accréditation en équipe est affichée. La structuration de la démarche qualité gestion des risques permet de donner du sens et un réel élan à la

dynamique qualité gestion des risques des trois établissements et plus largement au niveau du GHT Bourgogne méridionale. Sa déclinaison sur le terrain permet un ancrage de la dynamique. Au final, la forte dynamique de soutien de la culture qualité en place au niveau de la gouvernance diffuse au niveau des établissements. En mobilisant les référents qualité/ cadres de santé, au plus proche du terrain au côté des médecins mobilisés par la CME les équipes sont accompagnées. Les établissements disposent à ce jour d'une organisation solide de son management qualité gestion des risques du sommet stratégique jusqu'aux services de soins. 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. En effet, 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 intégrant un pourcentage d'absentéisme en base sur les trois établissements. Un dialogue de gestion mensuel est organisé entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins et un autre entre la Direction des Affaires Médicales et la chefferie des pôles sur le sujet de l'adaptation des effectifs à l'activité. Une Unité de Régulation de l'Activité permet d'adapter les effectifs en transversal et est gérée par la direction des soins et un « pool » de remplacement spécifique à chaque pôle est également en place afin de garantir les compétences des agents pour les secteurs spécifiques. Pour le personnel médical, l'approche est ciblée sur la nécessité de la permanence et de la continuité des soins. Par ailleurs, l'établissement adapte en dernier recours sa capacité de lits en fonction des effectifs et des compétences disponibles. Le travail en équipe prend tout son sens dans la coordination des parcours lors des staffs pluridisciplinaires. Des rencontres/réunions avec les cadres et les chefs de service sont organisées pour aborder les problématiques organisationnelles au sein des trois établissements. Par ailleurs, des démarches spécifiques de travail en équipe sont en cours de déploiement comme des staffs d'analyse des pratiques dans les secteurs d'activités avec présence des médecins ce qui concourt à favoriser l'évaluation des compétences collectives mais l'établissement ne développe pas de démarches spécifiques de type accréditation en équipe ou de Programme Collaboratif Pluriprofessionnel d'Amélioration Continue du Travail en équipe. 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. De plus, la démarche d'entretien professionnel médical est en cours de déploiement et est appréciée favorablement par la majorité des médecins. Les responsables médicaux et les autres managers bénéficient d'un plan de formation au management par modules lors de leur prise de fonction. Une démarche de co-développement est déployée au niveau du groupe cadre de santé sur le Centre Hospitalier de Mâcon avec pour objectifs d'intégrer les cadres des hôpitaux de Tournus et de Cluny rapidement. Des actions de soutien en termes de coaching individuel et collectif sont opérationnelles et un coach « entraîneur » anime le groupe cadre. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) ancrée au sein des établissements est en cours de réajustement au regard d'un diagnostic effectué à l'aide d'un questionnaire de l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail. On retrouve l'éthique et les valeurs, les modes d'organisation du travail ou encore les relations à la vie privée et la sécurité de l'emploi comme objectifs de cette politique. Des ateliers bien être et des massages par le toucher sont proposés aux agents. Cette politique est concertée avec les partenaires sociaux et est en phase avec d'une part la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des compétences et d'autre part les enjeux des lignes directrices de gestion. Des dispositifs de soutien des agents dans le cadre de conflits sont portés par la médecine du travail et la Direction des Ressources Humaines. Un comité de pilotage ayant pour objectif de créer un dispositif de médiation qui s'appliquerait à tous les métiers de l'hôpital dans le périmètre de la direction commune va proposer son plan d'action en fin d'année 2024. La gestion des tensions hospitalières est organisée et repose sur un dispositif gradué par niveaux (de 1 à 4) qui est coordonné au départ par le service des urgences. Le niveau le plus haut 4 est le niveau de déclenchement du plan blanc qui est formalisé et connu des équipes notamment par celle des urgences. Opérationnel y compris dans son volet de prise en charge des Situations sanitaires Exceptionnelles (SSE), il est piloté par le chef du service des urgences. Le volet numérique de ce plan blanc est d'ailleurs en cours d'élaboration. 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. Le dispositif gradué partant d'un signalement effectué au niveau des urgences enclenche des sorties de patient pour améliorer le flux patient. Une évaluation du dispositif a eu lieu en janvier 2024 lors du déclenchement d'un plan blanc qui s'est accompagnée d'un plan de mesures correctives. Enfin, le matériel nécessaire est présent et suivi et les fiches réflexes liées aux ressources humaines sont en place. La sécurité des biens et des personnes repose sur un Plan de Sécurisation et de Sureté adapté à la catégorie de chacun des établissements qui se traduit en actions sur le terrain suivies par le directeur des services techniques qui fait un reporting régulier au niveau de la gestion des risques institutionnelle. Une des dernières actions mise en place est le déploiement d'un dispositif de Protection des Travailleurs Isolés. Les équipes de sécurité sur place sont conformes aux attendus pour la classe des établissements et les équipes de soins déclarent être en sécurité et avoir une aide adaptée des agents de sécurité si nécessaire. Une convention Santé-Police-Justice est quant à elle signée et le lien entre les urgences et le commissariat est fluide. Enfin, la sécurisation des secteurs à risques est opérationnelle et le juste équilibre entre sécurité et déambulation des patients âgés est trouvé. Une politique transition écologique qui est celle du GHT est pilotée par le directeur des achats et de la logistique et est en train de se décliner au sein d'un programme d'actions après un diagnostic global effectué par un prestataire externe. Les diagnostics de consommations d'énergies et d'émissions de gaz de serre sont réalisés. L'établissement achète 18% de produit biologique dans le cadre de sa production de repas. Les filières de déchets sont organisées au sein des secteurs d'activités des trois établissements ou les lieux de stockage des déchets intermédiaires dans les services de soins sont conformes aux règles d'hygiène. Des actions de sensibilisation sont en cours sur la thématique (affichage...) et une formation institutionnelle est prévue fin 2024. Une démarche est initiée dans cadre d'un accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé sur les hôpitaux de Cluny, et de Tournus. La prise en charge des urgences vitales est adaptée et organisée dans la majorité des structures et services de soins des établissements. Un numéro d'appel unique connu par les professionnels rencontrés qui s'expriment sur les signes cliniques d'une urgence vitale, est en place. En fin de visite, la réponse au numéro unique appelé par les services d'hospitalisation du Centre Hospitalier de Mâcon est sous la responsabilité d'un médecin urgentiste. Sur les hôpitaux de Cluny et de Tournus les équipes appellent le 15. L'évaluation globale du dispositif d'urgence vitale est pilotée par le service des urgences sous la houlette d'un médecin urgentiste qui coordonne l'analyse les événements indésirables liés à l'urgence vitale et propose des plans d'actions. La majorité des professionnels sont à jour de leur formation AFGSU obligatoire. L'établissement déploie un programme de simulation dans toutes les unités d'hospitalisation. Enfin, la gestion du parc de matériel est opérationnelle. 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 : Sécuriser le stockage des médicaments à risque Réaliser les travaux visant à améliorer l'espace dédié à la pédiatrie ainsi qu'aux chambres d'isolement en psychiatrie. Mettre en œuvre les plans d'actions d'amélioration au regard des résultats des indicateurs de réalisation de la check-list. Evaluer la maîtrise du risque infectieux en mettant en place des audits dans l'ensemble des secteurs d'activité à risque.

Table des Annexes

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

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	710780263	CENTRE HOSPITALIER DE MACON-LES CHANAUX	350 BOULEVARD LOUIS ESCANDE 71018 Macon Cedex
Établissement géographique	710002668	CH DE MACON - HDJ PSYCHIATRIE ADULTES	Zac du pré des angles 71600 FRANCE
Établissement géographique	710978180	CENTRE HOSPITALIER BELNAY	627 avenue henri et suzanne vitrier 71700 Tournus FRANCE
Établissement géographique	710978131	CENTRE HOSPITALIER DU CLUNISOIS - Site Julien Griffon	13 place du Docteur Charles Pleindoux 71250 Cluny FRANCE
Établissement principal	710978289	CENTRE HOSPITALIER LES CHANAUX	350 boulevard louis escande 71018 Macon FRANCE
Établissement géographique	710977323	CH DE MACON-CATTP MÂCON	Rue kennedy 71000 Macon FRANCE
Établissement géographique	710011560	CH DE MACON-CMP MÂCON	Rue kennedy 71000 Macon FRANCE
Établissement géographique	710780297	CH DE MACON-BEL AIR SSR	Rue chailly-gueret 71000 Macon FRANCE
Établissement géographique	710977653	CH DE MACON-CMP PARAY LE MONIAL	Zac du pré des angles 71600 Paray-Le-Monial
Établissement géographique	710973918	CH DE MACON-CATTP PARAY	Zac du pré des angles 71600 Paray-Le-Monial
Établissement géographique	710977331	CH DE MACON- APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES	162 rue rambuteau 71000 Macon FRANCE
Établissement géographique	710972423	CH DE MACON-SLD	334 rue des epinoches 71000 Macon FRANCE
Établissement juridique	710781360	CENTRE HOSPITALIER BELNAY	627 avenue henri et suzanne vitrier Bp 97 71700 Tournus FRANCE

Établissement juridique	710781089	CENTRE HOSPITALIER DU CLUNISOIS	13 place du Docteur Charles Pleindoux 71250 Cluny FRANCE
-------------------------	-----------	------------------------------------	--

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	5,723
Nombre de passages aux urgences générales	53,707
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	306
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	95
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	35
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	22
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	20
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	15,055
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	16
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	26
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	50
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	28
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	79
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	80

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	80
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	10
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	10
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	2
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	2
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	16,098
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	11,429
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	27,527
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	16
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	40

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
2	Traceur ciblé			Samu/SMUR
3	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
4	Audit système			
5	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
6	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Médecine	

13	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Adulte	

18			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
22	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
23	Parcours traceur		Maternité Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
24	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
25	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Psychiatrie et santé mentale	

27	traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
30	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
31	Traceur ciblé			Précaution standard et complémentaire
32	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
33	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

34	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
35	Parcours traceur		<p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
37	Traceur ciblé			prescription PSL
38	Traceur ciblé			Prescription PSL (Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE)
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Audit système			

42	Audit système			
43	Audit système			
44	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
45	Audit système			
46	Audit système			
47	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
49	Traceur ciblé			prescription HAD
50	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

51	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
52	Audit système			
53	Audit système			
54	Audit système			
55	Traceur ciblé			EI
56	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
57	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
58	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap	

			Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
59	Audit système			
60	Audit système			
61	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
63	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
65	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
66	Audit système			
67	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
68	Traceur ciblé			EI
69	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
70	Audit système			
71	Audit système			
72	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière	

			Urgences Tout l'établissement	
73	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
74	Audit système			
75	Audit système			
76	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
77	Audit système			
78	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé	

			Tout l'établissement	
79	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement	
80	Traceur ciblé			URC
81	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
82	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
83	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
84	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
85	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
86	Audit système			
87	Audit système			

88	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement	
89	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
90	Audit système			

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

