



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
ALIGRE BOURBON
LANCY**

Allee d'aligre
71140 Bourbon Lancy



Validé par la HAS en Février 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 – Février 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	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 2024	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 ALIGRE BOURBON LANCY	
Adresse	Allee d'aligre 71140 Bourbon Lancy 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	710781568	CENTRE HOSPITALIER BOURBON-LANCY	Allee d'aligre 71140 Bourbon-Lancy FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

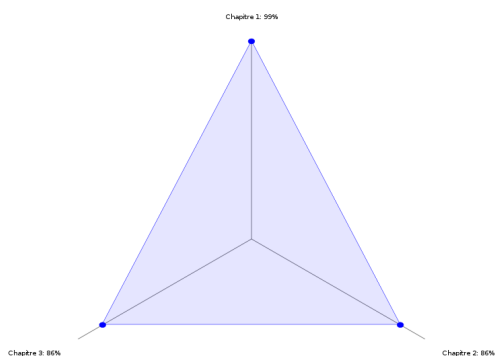
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

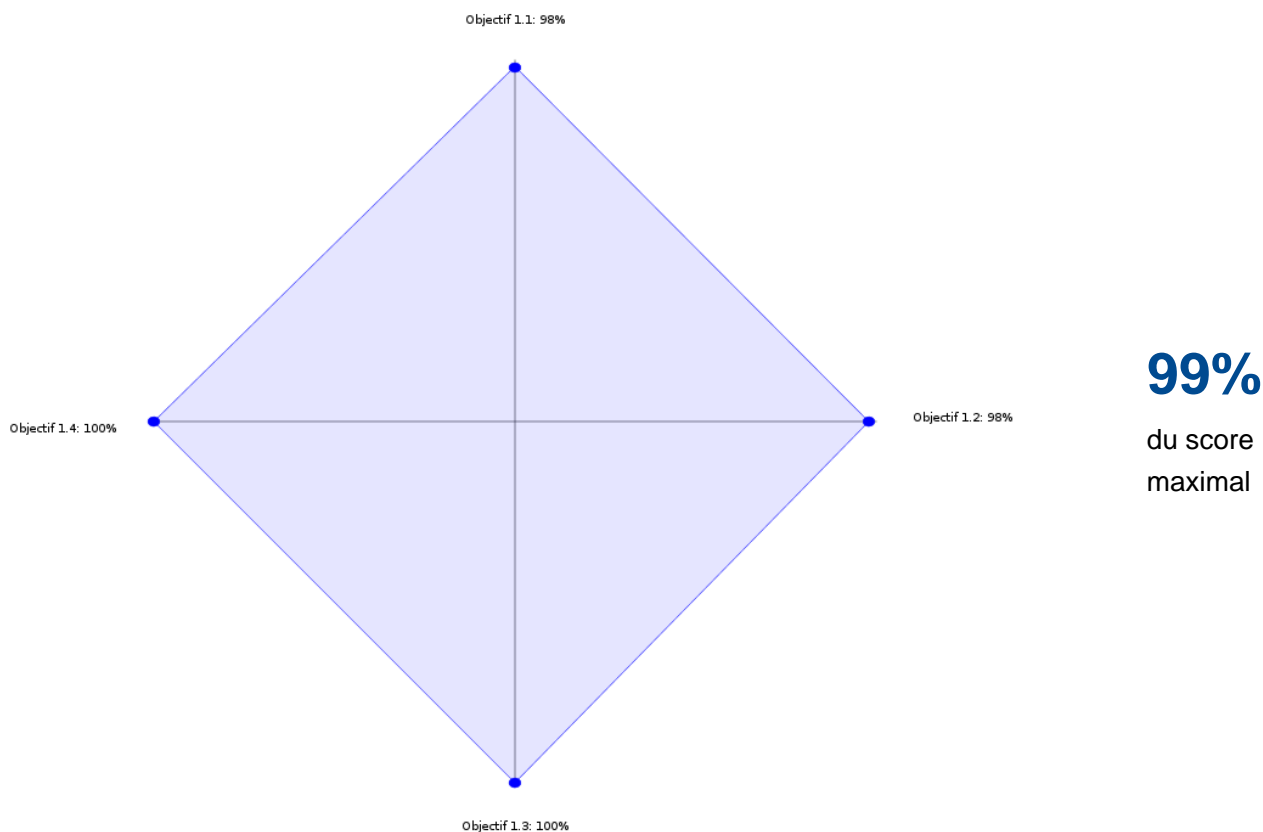
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



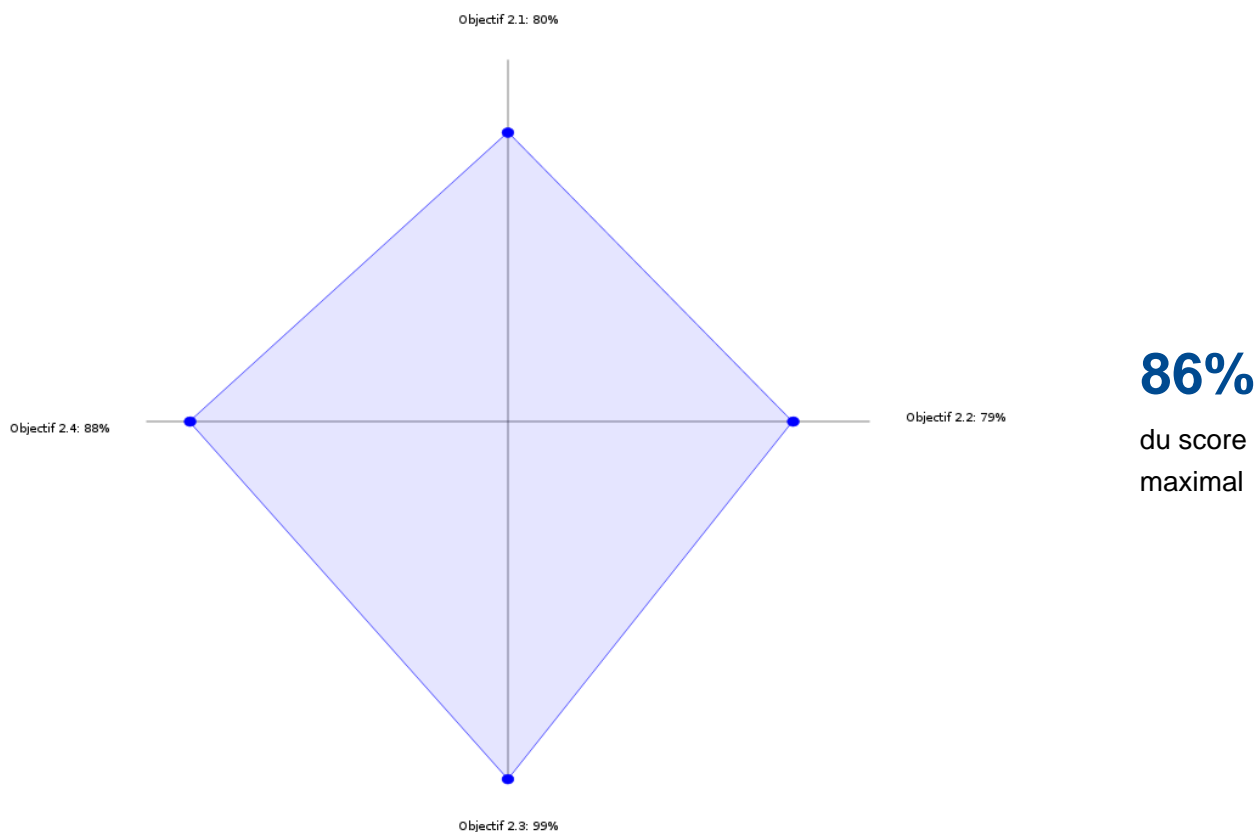
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans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

Le patient est informé sur ses droits au travers du livret d'accueil remis en systématique à chaque entrée et présenté par les professionnels. Des affichages sont positionnés dans les services, dans les salles d'attentes des consultations contenant différentes chartes, la charte de la personne hospitalisée ainsi que la charte Romain Jacob et documents d'informations. Des ressources documentaires, utiles aux professionnels, pour assurer la promotion des droits des patients sont disponibles. Tout au long de sa prise en charge, le patient est informé dans son projet de soins, en service de médecine et en SMR. Cependant, l'information et l'accord sur le projet de soins n'est pas tracé dans le dossier du patient, alors que l'information lui est transmise oralement. Il est également associé dans l'évaluation du bénéfice risque de sa prise en charge. Toutefois, la traçabilité de l'information donnée au patient n'est pas retrouvée dans le dossier. Lors de l'investigation du patient traceur,

qui a fait l'objet de précautions complémentaires pour prévenir un risque de transmission d'agents infectieux, les raisons et les règles d'application ne lui ont pas été expliquées. Le document d'information adapté et récemment créé intitulé « Vous ou votre proche êtes porteur d'une bactérie multi résistante aux Antibiotiques (BMR) » n'a pas été remis. Suite aux remarques des experts, un paramétrage a été réalisé sur le DPI afin de tracer l'information du patient et la remise de la brochure. Si le patient nécessite une transfusion pendant son hospitalisation, elle est réalisée en service de médecine. Une fiche d'information pré transfusionnelle et de consentement est complétée et validée par le patient avec sa signature. Ces informations sont scannées dans le dossier patient. Concernant la fin de vie, il existe des réunions pluri professionnelles et le projet de soins est présenté à la famille pour les accompagner dans la prise de décision. La personne de confiance est systématiquement recueillie et tracée dans le dossier patient informatisé (DPI). Dans le livret d'accueil, il est stipulé la possibilité de rédiger les directives anticipées ; les professionnels rencontrés sont sensibilisés et ont été formés à communiquer dans l'accompagnement des patients s'ils souhaitent formuler ces directives. Une information sur les directives anticipées est notamment disponible avec des pictogrammes. Il est retrouvé une exhaustivité nécessaire lors de la saisie de la macro cible d'entrée qui est effectuée par les soignants avec notamment le respect de l'identité-vigilance et la pose du bracelet d'identification violet (rouge pour les « fugueurs »). La saisie de la personne de confiance, l'information des directives anticipées, la précision sur les besoins (respirer, se vêtir/dévetir, être propre, se mouvoir, éliminer...), la description des aides en place, une information pour éviter les dangers, communiquer, les vigilances particulières (risques de chute, fausse route, fugue, escarre, suicidaire, violence, contention). En prévision de sa sortie, le patient reçoit l'information sur son traitement et le suivi de son hospitalisation. L'information sur l'existence de la Commission des Usagers et du rôle de ses représentants est à la disposition des patients. Ils peuvent joindre en direct un représentant des usagers pour les accompagner si nécessaire dans les démarches. Cependant, la compréhension des patients est variable sur leur droit à connaître les représentants des usagers et les modalités pour les joindre, sur leur droit à pouvoir déposer une réclamation durant leur séjour et sur les modalités pour exprimer leur satisfaction même si l'établissement participe à la campagne e-Satis, et malgré la diffusion documentaire réalisée. Les adresses mails personnelles des patients ou celles de leurs enfants sont demandées à l'admission, afin de leur envoyer à la fin de leur séjour un questionnaire de satisfaction e-Satis. Les résultats sont exploités par le qualitatif. Néanmoins, au vu du peu de retour des questionnaires e-Satis, l'établissement a décidé de revenir à un questionnaire papier qui est remis à chaque patient et les retours sont plus efficaces. Les ressources matérielles pour préserver la dignité et l'intimité du patient sont disponibles. Dans les chambres doubles, des écrans d'intimité sont mis en place, les salles de bains sont communes pour 2 chambres à chaque étage. Elles sont verrouillables et ont 2 lavabos. Une attention forte est portée à la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation des patients âgés dépendants quel que soit le service (médecine ou SMR) dans lequel ils sont hospitalisés. Les patients bénéficient d'une prise en charge axée sur le retour à une autonomisation de façon précoce dans leur parcours de soins. La mise en place d'une contention physique mécanique se fait sur décision médicale. Elle est prescrite, mais non argumentée avec une possibilité d'une prescription sans fin (sans réévaluation), pour la mise en place des barrières de lit. Lors des investigations des patients traceurs, ceux-ci n'étaient pas concernés par la contention physique mécanique. Toutefois, les dossiers compulsés dont les patients avaient une contention, ont confirmé ces constats. Le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles adaptées. Toutefois, la prescription conditionnelle "si besoin" n'est pas complète en l'absence du niveau de douleur à partir duquel l'IDE administre son antalgique. Il n'existe pas des protocoles auxquels le professionnel peut se référer pour la mise en œuvre des prescriptions conditionnelles « si besoin ». En cours de visite, l'établissement a été réactif et a mis en œuvre la réactualisation du protocole de prise en charge de la douleur datant de février 2017 et le rajout des prescriptions conditionnelles « si besoin », ce qui a pu être constaté lors de l'investigation de l'après-midi. L'apport des proches ou aidants est recherché. Leur présence est facilitée. Le patient en situation de précarité bénéficie d'une orientation vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Le service social est réactif à la sollicitation du personnel soignant ou à la demande du patient, aucun patient traceur

n'était en situation de précarité au moment de la visite. Le projet de soins et ses différentes évaluations sont bien tracés dans le dossier du patient en service de médecine. Cependant, en SMR le projet de soins n'est pas formalisé dans un document synthétisant les informations, de même que les réévaluations, ni tracé dans le DPI. Les informations sont retrouvées mais diffuses dans le DPI. Les onglets « observation pluridisciplinaire » et « projet thérapeutique » sont vides et non utilisés, par méconnaissance de l'outil. Suite aux remarques des experts, l'équipe projet DPI qui avait déjà travaillé sur le sujet, a mis en production le 09/11/2023 la saisie du projet thérapeutique dans le DPI, en informant les professionnels par une note d'information (« Quoi de neuf sur MIC »). Les patients - et notamment ceux vivant avec une maladie chronique ou un handicap - bénéficient d'une attention particulière dès leur arrivée dans l'établissement jusqu'à la préparation à la sortie d'hospitalisation.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



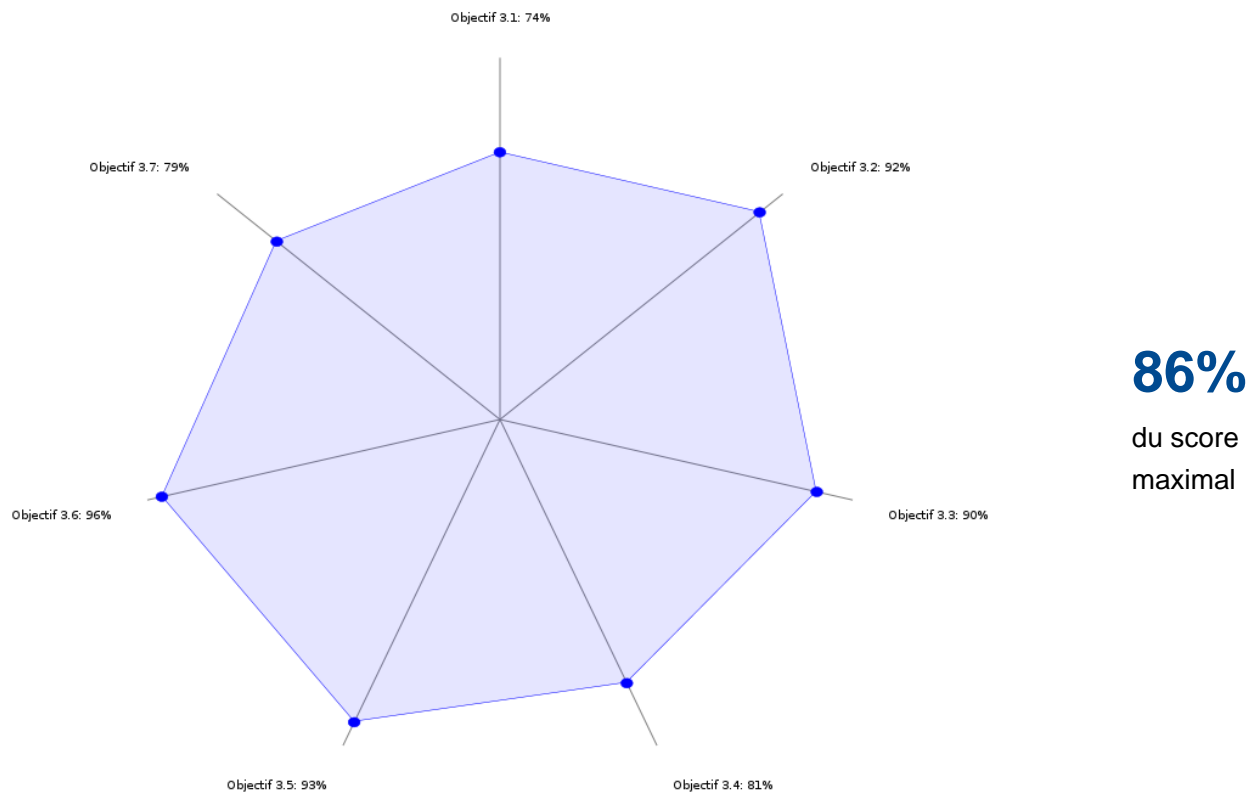
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	80%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	79%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	88%

Dans l'ensemble des services, la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. Elles font l'objet d'échanges réguliers en équipe permettant de prendre en compte la réflexion bénéfices/risques partagée avec le patient ou la personne de confiance et les recommandations de bonnes pratiques. Cependant, l'analyse de pertinence des actes transfusionnels n'est pas systématiquement réalisée et tracée dans le dossier. L'EPP sur les actes transfusionnels porte sur la réalisation des transfusions, et pas d'étude sur la pertinence. La protocolisation des antibiotiques n'est pas effective. La procédure « antibiothérapie première intention et réévaluation » de 02/2016 n'a pas été réactualisée. Il n'y a pas d'antibioguide. Les professionnels ne peuvent se référer à des recommandations locales pour l'antibiothérapie ni faire appel à un référent antibiothérapie pour l'établissement. Il est fait appel diversement et de manière informelle au CH de Moulins, de

Chalon-Saône ou de Paray le Monial. Les praticiens ne justifient pas de formations à l'utilisation des antibiotiques (staffs avec médecin référent, congrès, recommandations société savante). La réévaluation entre la 48ème et 72ème heure n'était pas systématique, ce qui a été corrigé lors de la visite, avec un paramétrage spécifique et une réévaluation obligatoire antibiothérapie. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire. Les staffs sont programmés dans chaque service. Le mardi tous les 15 jours en SMR et le jeudi toutes les semaines à 11h en Médecine. Ils sont pluridisciplinaires afin de faire un point sur l'évolution du patient au cours de son séjour. Le premier staff a aussi pour but d'évaluer la situation sociale du patient afin d'anticiper les moyens à mettre en place. Par ailleurs, en SMR, un premier bilan est réalisé par le médecin en décrivant les premières indications pour la construction du projet thérapeutique. Par la suite, le projet de soin n'est pas formalisé, ni tracé dans le dossier du patient, ni sa réévaluation. Les staffs sont réalisés et la traçabilité des décisions n'est pas retrouvée. De même il n'est pas tracé l'accord du patient et ou de son entourage à son projet thérapeutique. Ce qui a été réajusté au moment de la visite, avec une information à l'ensemble des acteurs sur l'onglet à compléter. Le dossier du patient informatisé est accessible aux professionnels impliqués. Il favorise la coordination du parcours patient. Il existe encore une partie du dossier en papier dans l'ensemble des secteurs. Toutefois, peu de documents papiers sont transmis lors des transferts de patient entre service, tout est notifié dans le DPI. Le déploiement du nouveau dossier patient informatisé (DPI) à l'échelle du GHT a été réalisé en 2023. Les paramétrages sont en cours pour le rendre opérationnel et optimal pour l'utilisation des professionnels. Les équipes peuvent faire appel uniquement à des référents en interne, il n'y a pas d'infirmière hygiéniste, ni d'équipe opérationnelle d'hygiène. Les équipes appliquent les précautions adéquates, standard et complémentaire, cependant les bonnes pratiques de gestion des excréta a été ajusté durant la visite avec la mise en place de sacs protecteur bassin et urétraux. Les équipes appliquent les précautions adéquates pour maîtriser les risques infectieux liés aux dispositifs invasifs. Un médecin est formé à la prise en charge palliative et un IDE en cours de formation d'un DU est le référent soins palliatifs, les professionnels ont des formations de 3 jours sur la démarche palliative. La psychologue de l'établissement est sollicitée en cas de situations difficiles à vivre pour les équipes. Pour optimiser les parcours patients et avoir une vision en temps réel de l'occupation des lits, les demandes « via le logiciel Trajectoire » sont prises en compte par l'encadrement et l'équipe médicale en relation étroites avec les cadres des autres établissements partenaires. Les assistants sociaux communiquent à l'établissement l'avancée des dossiers sociaux. Pour chaque patient pris en charge en hospitalisation, un projet de soins est élaboré en équipe pluridisciplinaire selon le service, toutefois la traçabilité n'est pas optimale. Les équipes connaissent les règles à respecter en matière d'identitovigilance quelle que soit l'étape du parcours de soins du patient. Celui-ci dispose d'un bracelet d'identification pour sécuriser sa prise en charge il est posé au poignet du patient à chaque entrée. Il existe un code couleur. Un bracelet rouge d'identification est posé pour les patients à risque de fugue sinon il est de couleur violet. Les équipes peuvent citer les différentes vigilances (hémovigilance, identito, pharmaco...) et l'organisation des alertes, les retraits des médicaments... Ils ont à disposition la liste des vigilants. Ils savent retrouver dans leur gestion documentaire les procédures nécessaires. La PUI du CH de Bourbon Lancy est administrée par un GCS avec le Centre de Réadaptation et de Rééducation Fonctionnelles Le Bourbonnais (UGECAM) de Bourbon Lancy. Elle dispose de deux pharmaciens pour un total d'un ETP et de quatre préparateurs. Les fiches de postes du pharmacien de 01/2019 et du préparateur de 07/2018 n'ont pas été réactualisées. Elle réalise des dispensations nominatives reglobalisées hebdomadaires le lundi matin pour le SMR et le lundi après-midi pour la médecine. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. La pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique et évalue la pertinence des prescriptions. Les interventions sont tracées et prises en compte par les deux services prescripteurs. Un travail sur le circuit du médicament a été réalisé afin de sécuriser le circuit, de la préparation à l'administration. Les armoires de médicaments ont été changées et sécurisée en 2019 sur le pôle sanitaire. Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (boîtes fermées mallettes sécurisées à codes digitaux pour les stupéfiants, conteneurs sécurisés, conservation du froid, ...). De nombreuses actions ont été mises en place pour sécuriser la prise en charge

médicamenteuse. Les médicaments à risque sont stockés et bien identifiés dans des armoires de pharmacie fermées dans les salles de soins. La liste générique des Médicaments à Risque (MR) est affichée et adaptée aux médicaments utilisés par spécialité (Médecine, SSR). Le nouveau manuel de la qualité de la PEC médicamenteuse a été validé en CME le 3/10/2023. L'approvisionnement des produits de santé répond aux besoins des professionnels. Les risques liés aux ruptures de stock sont identifiés et font l'objet d'actions palliatives. Des aides à la prescription et administration sont disponibles. Les professionnels connaissent les modalités d'accès à des médicaments en urgence. Les chimiothérapies per os ou sous cutanées sont initialement prescrites par les oncologues des CH environnant. Avant chaque chimiothérapie, un bilan sanguin est réalisé. Les résultats sont faxés à l'oncologue qui prend en charge le patient. Les médecins du pôle sanitaire contactent les oncologues pour réajuster les doses à administrer. Elles sont pratiquées en Médecine. En ce qui concerne les chimiothérapies intraveineuses, elles sont réalisées dans le service de l'établissement qui suit les patients pour cette thérapie. Les transfusions sont assurées dans le service de médecine. Le patient est hospitalisé la veille. Il peut venir de son domicile, d'un service d'EHPAD ou du SSR, adressé par son médecin traitant ou le médecin du service. Au moment de l'admission, l'IDE s'assure que le patient possède une carte de groupe et des RAI datant de moins de 72h. Sinon, une PM pour une carte de groupe et des RAI sera faite par le médecin du pôle sanitaire. La gestion du traitement personnel du patient est prise en compte dès l'admission. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène lié(e)s à la prise en soins de la personne âgée sont recherchés et tracés par l'équipe. Une procédure du 5/10/2023 sensibilise les professionnels aux particularités de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé avec une liste de médicaments potentiellement inappropriés chez le sujet âgé. L'encadrement assure les formations (PS/PC, hygiène des mains...), réalise des audits (pulp'friction, conformité tenue vestimentaire...), un livret des règles d'hygiène est remis aux nouveaux arrivants. Les équipes rencontrées maîtrisent les indications de l'hygiène des mains, pas de bijoux, ongles courts. Les SHA sont disponibles, toutefois les équipes ont tendance à pratiquer le lavage des mains à l'eau et au savon en priorité, confère le score ICSHA qui est en C, malgré une amélioration de 10 points. Les équipes connaissent les recommandations et obligations vaccinales. Ils sont incités à se faire vacciner par la voie du bulletin de paie, l'IDE de prévention réalise la vaccination et la directrice envoie aux agents vaccinés une lettre de félicitations. Le taux de vaccination de 30% est connu par l'encadrement et quelques professionnels. L'établissement n'a pas de médecin de santé au travail, par manque de candidat, il continue sa recherche qui est à ce jour restée infructueuse. Le Centre Hospitalier vérifie que la lettre de liaison est datée du jour de la sortie. La lettre de sortie est remise le jour de la sortie. Le contenu est conforme, et l'IQSS est à 100 % de conformité. Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs qualité sécurité des soins nationaux. Les résultats sont affichés dans les services. L'ensemble des professionnels ont une adresse mail professionnelle, les informations leurs sont transmises et les cadres font des rappels lors des réunions. Les professionnels connaissent l'outil de déclaration des événements indésirables liés aux soins. Chaque agent a un code d'accès pour signaler les événements indésirables. Les événements indésirables graves sont analysés selon une méthode validée ALARM et font l'objet d'actions correctives. Une Charte d'incitation au signalement responsable des événements indésirables est en place. Le circuit des FSEI est opérationnel et un retour au déclarant de la réponse suite à la déclaration de l'événement est réalisé. Toutefois, certains professionnels rencontrés ne sont pas dans la configuration de l'amélioration des pratiques fondée sur l'expérience patient et de fait dans l'analyse des résultats. Les kinésithérapeutes, la diététicienne sont dans cette démarche.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	74%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	90%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	81%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	79%

L'établissement Centre Hospitalier Fondation d'Aligre de Bourbon-Lancy est membre du Groupement Hospitalier de Territoire de la Bourgogne Méridionale regroupant les hôpitaux de Mâcon (établissement support), de Paray-le-Monial, du Clunisois et de Tournus avec pour mission d'organiser l'offre de soins hospitalière et médico-sociale du sud Saône et Loire et permettre à la population de ce territoire de bénéficier

d'une égalité d'accès aux soins. Le projet médical va dans ce sens en allant au plus proche de la population rurale. Il entretient des relations positives avec le réseau des hôpitaux de son environnement du GHT et hors GHT. Il est au cœur d'une dynamique territoriale, à différents niveaux : conventions de partenariats avec les EHPAD, le laboratoire, le centre d'imagerie. Il existe de multiples partenariats avec les autres établissements participants au service public et la médecine de ville et les MSP. Le CH accueille depuis octobre 2019, 1 demi-journée par semaine, un chirurgien viscéral du Centre Hospitalier de Paray-Le-Monial, pour des consultations avancées de chirurgie et d'expertise de plaies et cicatrisation. Cette collaboration a fait l'objet d'une convention entre le Centre Hospitalier Fondation d'Aligre et le Centre Hospitalier de Paray-Le-Monial. L'objectif est d'étendre l'offre de consultations pour les usagers et la population à des spécialités telles que la cardiologie, la dermatologie, l'urologie, l'ophtalmologie... L'établissement s'engage pour permettre aux usagers (et à leur entourage) de bénéficier de soins et d'accompagnement adaptés, au plus proche de leur domicile.

L'alimentation du Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR), est réalisée. Les plaintes et réclamations - très peu nombreuses - sont connues des professionnels et des formations à la communication avec le patient et sa famille, gestion de l'agressivité... sont proposées. Les formations sont accordées aux professionnels et planifiées à l'année. Les représentants des usagers sont sollicités pour participer à différentes instances.

L'investissement des représentants des usagers a été entravé par la crise sanitaire. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont analysés en collaboration avec les représentants d'usagers et présentés à la CDU. Les RU ont connaissances des plaintes et réclamations, des EIAS, des résultats des questionnaires de satisfaction. La rédaction d'un projet des usagers est en projet mais non formalisé. Il est relevé une implication et une expertise de la vice-présidente de la CDU. Elle est représentante dans différentes CDU notamment celle du GHT participe à de nombreuses formations. Toutefois, les RU ont l'impression que le programme d'amélioration de la qualité n'intègre pas les contributions des usagers, et ce bien qu'ils en soient bien informés comme l'attestent les comptes rendus des réunions des trois réunions de CDU de 2023, avec suivi des indicateurs notamment. La satisfaction des patients est évaluée à la sortie du patient sur la base d'un questionnaire de satisfaction remis à l'entrée (depuis septembre 2023) et rappelé par le professionnel la veille de la sortie. Les questionnaires e-Satis sont réalisés. Les résultats des enquêtes de satisfactions sont communiqués aux équipes et analysés en vue de plan d'actions. Certains professionnels ne connaissent pas ou peu le questionnement post hospitalisation par e-Satis par exemple. L'établissement veille au quotidien à la bientraitance et aucun des manquements aux prises en charge des patients n'est à signaler. Une sensibilisation des professionnels sur la bienveillance, est initiée pour tous les agents. Les professionnels ont bénéficié de formations en lien avec la bientraitance. Dans les pratiques, les équipes veillent à une prise en charge bientraitante. Le respect du patient fait partie des valeurs du service, le sujet est évoqué lors des staffs pour les patients non coopérant. Il existe des référents bientraitance et des mesures sont prises pour éviter les sous effectifs ou une charge de travail qui impacterait la bientraitance. Des organisations de travail en 12H sont proposées aux AS volontaires pour permettre de revenir travailler si besoin. Les conditions d'exercice matériel, effectif permettent d'assurer la bientraitance dans les moments sensibles et plus particulièrement pour les prises en charge palliative. Les professionnels savent repérer les situations de maltraitance, ils sont attentifs aux motifs d'hospitalisation et favorisent la parole des patients. Ils sollicitent la psychologue ou assistante sociale si besoins. Ils sont attentifs à la communication informelle lors des soins, des passages en chambre, la psychologue et l'Assistante sociale participent au staff. Ils signalent la maltraitance potentielle aux cadres, aux médecins, et font une FEI. Ils connaissent également l'existence de N° vert. Des actions de formation ciblées sur la bientraitance et les droits des patients sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Concernant la prise en compte des personnes en situation de vulnérabilité, l'appel à l'assistante sociale permet d'accompagner les équipes médicales soignantes dans la gestion des situations complexes. L'établissement a défini dans son projet d'établissement une politique qualité gestion des risques en lien avec la CME et les RU. La dynamique d'amélioration continue est portée par la gouvernance médicale, administrative et soignante. Pour la démarche observée, l'analyse collective est réalisée avec l'ensemble des professionnels selon la méthode recommandée avec des comptes rendus et plan d'action. Le suivi est intégré au PAQSS. Une réunion

de suivi est organisée à un mois. Lors de la rencontre des professionnels, certains d'entre eux n'ont pas de connaissance du programme qualité. Le plan blanc d'établissement et les situations sanitaires exceptionnelles (SSE) a été mis à jour en 2023. Des exercices et entraînements ont été pratiqués (COVID et NRBC). Une simulation de Cyberattaque a eu lieu en mars 2023. Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels, DUERP, est en place. Des référents RPS (Risques Psycho Sociaux) sont formés et interviennent dans les secteurs si nécessaires. La politique de remplacement est effective en interne, et appel à des intérimaires pour les IDE qui sont fidélisés. Pour l'instant il n'est pas proposé de formation de coaching pour les managers. La gouvernance de l'établissement met en place des concertations sur les projets (études des plaintes et réclamations, Fiches de signalement des événements indésirables (FEI), projet médico-soignant, etc..) en associant de façon aléatoire les acteurs de terrain et les commissions institutionnelles. Le travail en équipe se fait à travers les staffs, autant, il n'a pas été formalisé de programme formalisé type PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe). Néanmoins, la culture du travail en équipe est fortement développée. Elle est valorisée au niveau du service, au travers de la réalisation de Comité de Retour d'Expérience, Staff, analyse de pratiques, travail sur la pertinence etc. L'établissement dispose d'un programme de maintien des compétences et proposé aux équipes : plan de formation, évaluation annuelle des agents... Les professionnels sont impliqués dans la démarche deQVT est impulsée par la gouvernance. La QVT est une préoccupation de la gouvernance qui a établi un plan d'actions décrivant les objectifs de la QVT. Le dernier baromètre social date de 2020, étant donné le peu de retour, les questionnaires de satisfaction des personnels ont été mis à disposition depuis septembre 2023. Ceux-ci n'ont pas encore été exploités, de fait la démarche QVT n'a pas été construite à partir de ces résultats. Des lignes directrices de gestion 2021-2025 sont en place. Des actions ont été menées dans le cadre du SEGUR, pour valoriser le travail en équipe. Une possibilité de médiation en cas de conflits interpersonnels est activée. Des formations des professionnels sont réalisées sur la gestion des conflits et agressivité et communication dans les équipes. Le poste de médecin de santé au travail est vacant. Néanmoins, il peut être fait appel à une psychologue du travail à l'extérieur de l'établissement qui se rend disponible pour les professionnels en individuel ou en équipe (ce qui a pu se mettre en œuvre en 2022). Le système de déclaration des AES n'est pas complètement formalisé. L'actualisation de la procédure « protocole AES » du 19/10/2023 ne tient pas compte de l'absence de service de santé au travail et est imprécise sur la structure d'orientation. Cela a été rectifié en cours de visite, qui stipule aux agents de se rendre dans un service des urgences proches de leurs domicile (CH de Paray le Monial, ou le CH de Moulins). Les professionnels identifient le questionnement éthique. Ils connaissent l'existence d'un comité d'éthique, mais pour certains n'ont aucune notion de leurs actions. D'une manière générale, l'établissement a identifié ses risques : numérique, atteintes aux personnes et biens. Il a mis en place des actions de contrôle et de maîtrise des risques. Il y a une sécurité informatique renforcée, un plan de sensibilisation à la cybersécurité « cyber attaques et cyber sécurité » est disponible. Les professionnels y sont sensibilisés. Un plan de sécurisation est en place et suivi. Une convention avec la police est signée. Un service de sécurité incendie est présent 24h24 dans l'établissement. Dans la prospective de développement durable (DD), l'établissement a mis en place une démarche. Un diagnostic sociétal a été réalisé. Un coordonnateur développement durable a été désigné et l'établissement a défini ses enjeux. Celui-ci s'est doté d'une commission de suivi RSE comprenant 2 représentants par secteur d'activité chargé de suivre les actions mises en œuvre affichage, cahier des charges incluant des critères environnementaux, application de la loi Egalim. Les consommations sont suivies ainsi que la prévention des risques environnementaux. Une attention spécifique est portée au suivi de la qualité de l'eau du fait de la proximité de la source thermale. La direction est soucieuse du management durable égalité homme femme et de l'impact de la grossesse des femmes sur la carrière. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement avec une harmonisation des chariots d'urgence qui sont sécurisés. Des exercices de simulation n'ont pas été mis en œuvre jusqu'à présent, mais suite aux remarques des experts visiteurs, l'encadrement va organiser des formations de simulation sur l'utilisation des chariots d'urgences. Les professionnels ont été formé(s) ou recyclés à L'AFGSU. La procédure avec le numéro unique dédié n'était pas conforme. Il y avait les deux numéros pour appeler les médecins d'astreinte. Suite aux

remarques pendant la visite, le numéro unique a été mis en place, testé, affiché et connu de tous. 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 :
Former les professionnels à l'antibiothérapie, Améliorer la traçabilité du projet de soin Mettre en place l'accès à des correspondants experts Sécuriser la prise en charge des urgences vitales (Numéro unique + exercice de mise en situation)

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	710781568	CENTRE HOSPITALIER BOURBON-LANCY	Allee d'aligre 71140 Bourbon-Lancy FRANCE
Établissement principal	710978255	CENTRE HOSPITALIER BOURBON-LANCY	Allee d'aligre 71140 Bourbon Lancy 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	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	22
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	26
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os / injectable
6	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A définir en visite selon liste N-1 ou N
7	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation 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	
8	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os / injectable
11	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis ou couché vers plateau technique ou NA
12	Audit système	Leadership		
13	Audit système	QVT & Travail en équipe		
14	Audit système	Engagement patient		
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Audit système	Dynamique d'amélioration		
17	Audit système	Maitrise des risques		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Représentants des usagers		
20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		cochez NA si pas de transfusion dans l'ES
21	Audit système	Coordination territoriale		

22	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Audit système	Entretien Professionnel		

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

