



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**HÔPITAL  
INTERCOMMUNAL  
BOURG SAINT-ANDEOL**

Rue p. semard  
07700 Bourg-Saint-Andeol



Validé par la HAS en Février 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	20
Annexe 3. Programme de visite	24

# Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

**Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...**

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), 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

HÔPITAL INTERCOMMUNAL BOURG SAINT-ANDEOL	
Adresse	Rue p. semard 07700 Bourg-Saint-Andeol FRANCE
Département / Région	Ardèche / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Hôpital Local

**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	070005558	HOPITAL INTERCOMMUNAL BOURG SAINT ANDEOL - VIVIERS	Rue p. semard 07700 Bourg Saint Andeol FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

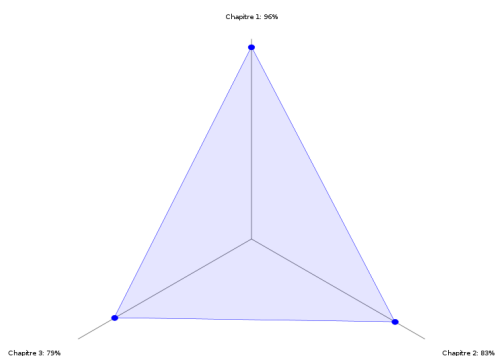


# Champs d'applicabilité

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

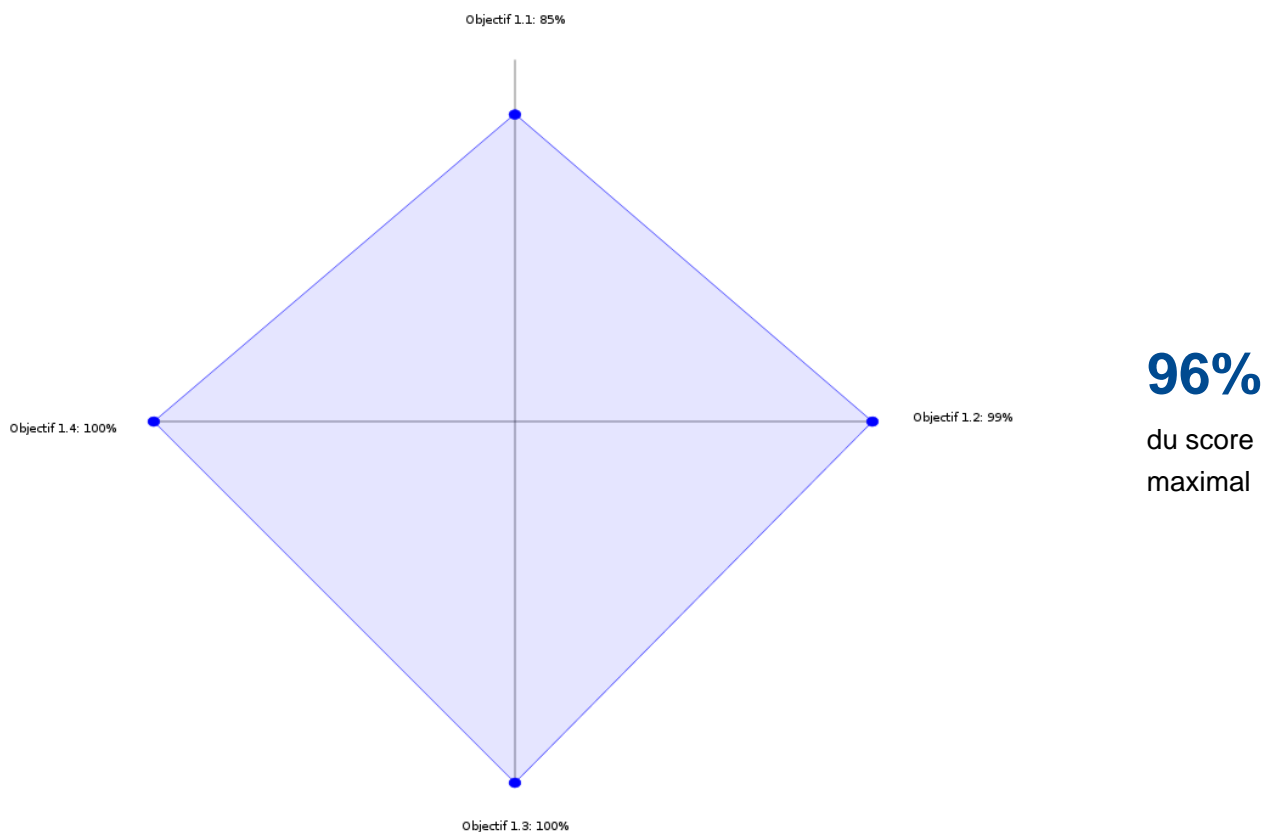
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

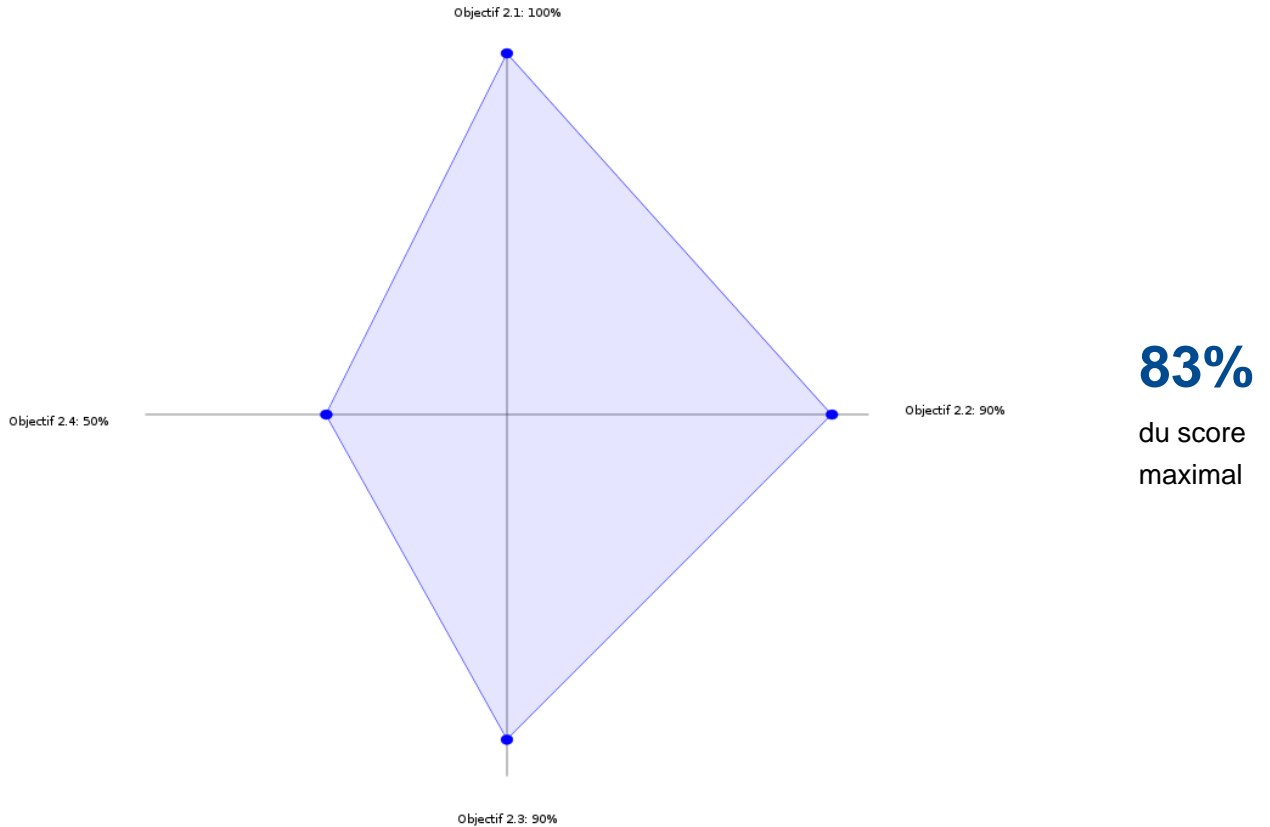


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le CHI de Bourg Saint Andéol accueille des patients du territoire d'Ardèche méridionale, dans 1 secteur de médecine de 8 lits de médecine dont 5 identifiés en soins palliatifs (LISP) et un secteur de SSR de 22 lits. Dans les différents secteurs du CHI de Bourg Saint Andéol, les patients et leurs accompagnants ont témoigné de leur satisfaction quant à l'information délivrée par les équipes. L'adhésion au projet de soins est également recherchée en impliquant à chaque fois que cela est nécessaire les proches et les aidants notamment pour les situations de soins palliatifs. Les messages sont adaptés aux différents types de prise en charge (personnes âgées, soins palliatifs) et incitent les patients à être acteurs de leur prise en charge. En matière d'information sur les droits des patients, un livret d'accueil comportant les éléments d'information attendus est remis aux patients et les soignants ont confirmé donner les informations. Cependant, il a été constaté lors des échanges

une méconnaissance des patients quant à leurs droits en dehors de la personne de confiance, notamment sur les plaintes et réclamations, déclaration des EIGAS (Evènements Graves associés aux soins), mais aussi sur les directives anticipées, le rôle des RU (Représentants des usagers) et l'expression de la satisfaction via un questionnaire. Cependant dans la macrocible d'entrée recueillie par les soignants on retrouve le plus souvent la traçabilité de l'information sur la personne de confiance, des directives anticipées, le questionnaire de satisfaction. L'intimité, la dignité et la confidentialité des informations sont quasiment toujours respectées pour les patients, ainsi que la recherche de maintien de l'autonomie lié au handicap et/ou au vieillissement. Il en est de même pour la contention qui si elle doit être appliquée est parfaitement prescrite, suivie et limitée. La douleur est évaluée avec des outils adaptés aux différents types de patients et sa prise en charge est effective et anticipée au besoin avec des protocoles élaborés par le CLUD (Comité de lutte contre la douleur), elle est suivie et tracée comme en témoigne le niveau de l'indicateur national. Les proches et les aidants sont également associés, notamment pour anticiper l'organisation d'un éventuel retour à domicile ou au contraire pour envisager un transfert en EHPAD. Ils sont également à la fois informés et impliqués pour l'accompagnement des patients en soins palliatifs. Dès l'entrée les conditions de vie des patients sont évaluées afin de préparer la sortie, l'assistante sociale faisant partie de l'équipe contribue aux démarches pour faciliter le retour à domicile par la coordination des aides financières et techniques ou les démarches d'entrée en secteur d'hébergement type EHPAD.

# Chapitre 2 : Les équipes de soins

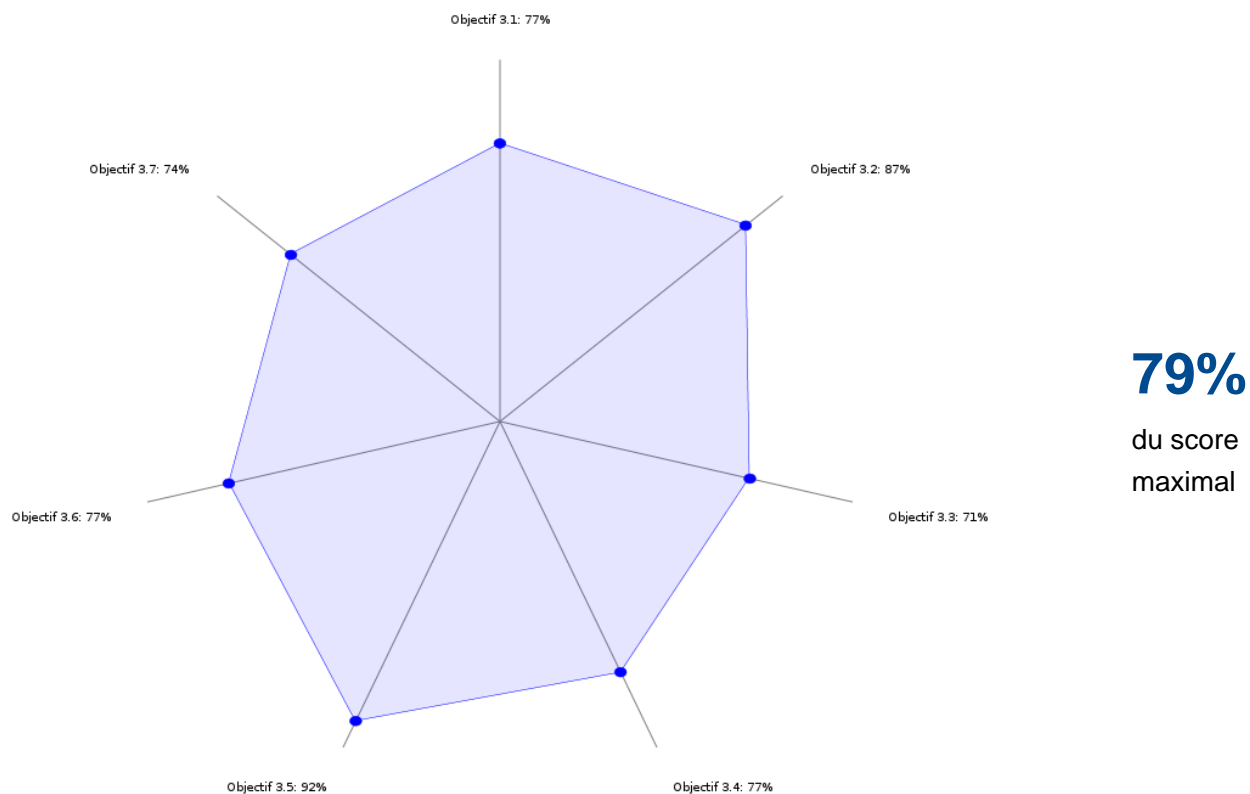


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	90%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	90%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	50%

En amont via le logiciel Trajectoire et à l'entrée la pertinence de l'admission et du séjour des patients est analysée et argumentée au sein de l'équipe. Le mode de sortie est également envisagé dès l'admission pour pouvoir organiser une HAD, des aides à domicile voire un dossier d'admission en EHPAD. Des staffs hebdomadaires avec l'ensemble de l'équipe, permettent la réévaluation des projets des soins, directement implémentés dans le DPI (Dossier Patient Informatisé) ; pour les soins palliatifs, une connexion avec l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs) est organisée pour ajuster les prises en charges. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques, est justifiée, suivie et tracée. La coopération et la coordination des équipes est effective, les professionnels sont organisés pour accueillir au mieux les patients, leurs rôles et missions sont connus et respectés. Concernant les situations palliatives, l'équipe de soin peut faire appel à une équipe mobile

de soins palliatifs et par ailleurs il existe des possibilités d'accéder à des avis et des recours via un système de télésanté, bien connu des médecins mais mal connu des soignants. On constate également une excellente collaboration ville –hôpital, compte tenu que 2 praticiens ont la double appartenance, renforcée par la remise systématique de la lettre de liaison au patient à sa sortie. Les bonnes pratiques en matière de vigilance notamment pour l'identification des patients sont appliquées, cependant l'organisation des vigilances est mal connue par l'équipe de nuit. Toutes les étapes de la PECM (prise en charge médicamenteuse) sont globalement maîtrisées, l'approvisionnement, le stockage, la prescription, la délivrance et l'administration, y compris des médicaments à risque ; on peut noter des référents dans chaque secteur. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est en place en revanche la conciliation médicamenteuse reste en projet mais n'est pas encore déployée. Cependant le suivi des alarmes des produits thermosensibles dans la salle de soin et à la PUI pourrait être améliorés. Le stockage des fluides médicaux dans la salle de soins n'était pas sécurisé : absence de fixation au mur, de signalétique et coexistence d'oxygène et du Méopa. Par ailleurs le bilan thérapeutique n'est pas toujours très lisible dans les lettres de liaison à la sortie. La culture sécurité autour du risque infectieux est établie sous l'impulsion d'une infirmière hygiéniste bien identifiée qui promeut et suit les bonnes pratiques en la matière. On peut également noter une très bonne coopération avec l'équipe de bionettoyage externe. L'hygiène des mains, les précautions standards et complémentaires, et la gestion des dispositifs invasifs sont organisées, appliquées et évaluées, cependant l'indicateur de consommation de SHA par secteur n'est pas connu des professionnels et la fermeture des OPCT est à revoir. Concernant la vaccination, bien que les vaccinations grippe et COVID puissent être réalisées dans l'établissement par une équipe dédiée, le taux de vaccination antigrippale reste faible alors que celle contre le COVID est à 100% ; par ailleurs le suivi vaccinal n'est pas réalisé en l'absence de d'accès à un service de santé au travail depuis septembre 2021 (absence de médecin du travail et impossibilité de recrutement en raison de l'absence d'offre). La majorité des patients accueillis ayant plus de 75 ans, la dépendance iatrogène est un élément d'évaluation déterminant qui est bien suivi et structuré, l'accès à une offre de soins de support diversifiée facilite cette évaluation. Les transports internes assurés par les kinésithérapeutes, sont adaptés à l'organisation des soins et aux capacités des patients, cependant les patients ne sont pas toujours informés des horaires exacts de leurs transports en interne mais aussi lors de rendez-vous externes. Le recueil des EI (événements indésirables) est organisé via un logiciel intégré dans la GED (gestion documentaire) et est bien connu des professionnels. L'analyse des EIAS (événements indésirables associés aux soins) est assurée via des CREX (comités de retour d'expérience) selon une méthodologie reconnue et les plans d'actions sont suivis, cependant on note peu de déclarations et aucune déclaration d'EIGAS (événements indésirables graves associés aux soins). Cependant, bien que dans certains domaines notamment en infectiologie, des audits soient réalisés régulièrement, les IQSS soient recueillis, et que la satisfaction des patients soit suivie et analysée par les cadres, les professionnels de terrain sont peu impliqués dans les démarches d'évaluation. Que ce soit le recueil d'indicateurs comme les IQSS, la participation à des évaluations de pratiques professionnelles, ou la connaissance des résultats et des plans d'actions, on a pu constater lors des entretiens d'une méconnaissance des équipes soignantes. Il en va de même sur la connaissance des plans d'actions issus des évaluations ou des recommandations de la commission des usagers.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	77%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	71%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	77%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	92%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	77%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	74%

Les 6 axes stratégiques du projet médico-soignant 2019-2023 concernent la place de l'établissement comme acteur spécialisé sur le secteur personne âgé au sein du GHT, le maintien et le développement de l'offre SSR, le développement de l'offre palliative, la garantie et la sécurisation du circuit du médicament, la fluidification des parcours patients et le développement du lien ville –hôpital. Cela se traduit par des missions de coordination de

prise en charge médicale entre la médecine de ville, les établissements de santé disposant de soins spécialisés et de plateaux techniques, les partenaires de santé permettant le maintien à domicile et le domicile. Le CHI de Bourg Saint Andéol est en direction commune avec le CH de Montélimar, est membre du GCS HELPAM notamment pour le système d'information, et participe au GHT Sud Drôme Ardèche dont l'établissement support est également le CH de Montélimar. Le lien avec le territoire est structurel et répond aux besoins territoriaux de proximité, cependant même en l'absence de CPTS sur le territoire une démarche formalisée à laquelle participe l'établissement est en cours. Un suivi des lettres de liaison est en place, les améliorations quant à la remise en temps utile sont effectives et se traduisent sur l'indicateur IQSS. L'offre de lits de soins palliatifs est connue des partenaires libéraux et contribue à fluidifier le parcours des personnes âgées en leur évitant des passages inutiles aux urgences ; ceci est également renforcé par le partenariat avec le CH de Montélimar qui dispose d'une équipe mobile de gériatrie et une hotline gériatrique. Les modalités de communication vers l'établissement sont multiples et efficaces pour les patients, les correspondants de ville ou d'autres établissements. Les messageries sécurisées sont disponibles pour permettre les échanges de données en temps utile mais ne sont pas connues de tous les professionnels. L'alimentation du DMP (dossier médical partagé) et du dossier pharmaceutique (DP) n'est pas réalisé. Pour l'instant il n'y a pas de démarche institutionnelle pour promouvoir le développement de travaux de recherche clinique au sein de l'établissement. Cependant il existe des partenariats avec les établissements du territoire et notamment le CH de Montélimar pour favoriser l'accès des patients à des essais thérapeutiques. Le recueil de l'expression des patients est représenté par des questionnaires de satisfaction à la sortie (non éligible à e-satis); les patients sont également sollicités à exprimer leur satisfaction ou leurs réclamations au personnel soignant ou via une boîte à suggestion mise en place à l'entrée de l'établissement. Cependant les professionnels connaissent peu les résultats des enquêtes et aucune autre méthode de recueil de l'expérience patient n'a encore été mise en place. Concernant la communication vers le patient, des outils sont en place notamment via le livret du nouvel arrivant. Les plaintes et réclamations sont suivies et des médiations sont organisées au besoin, cependant si ces dispositifs sont bien connus des instances y compris des représentants des usagers, leur existence et leur évaluation et les formations proposées sont moins bien connus des professionnels. L'établissement promeut la bientraitance et lutte contre la maltraitance ordinaire et favorise l'accès aux personnes vulnérables ; une charte éthique et de bientraitance est disponible, un groupe a travaillé sur la cohésion d'équipe sur ce sujet, l'assistante sociale et le psychologue contribuent à leur prise en charge. L'établissement est accessible au handicap physique et sensoriel, des démarches via le milieu associatif est effectué pour la prise en charge des autres formes de handicap. L'accès au dossier est organisé pour le patient ou ses ayants droits, les délais de remise sont suivis et alimentent le rapport d'activité de la CDU (Commission des Usagers) auquel participent les représentants des usagers. En matière de leadership la politique de management qualité est en place, elle est déployée et pilotée, le PAQSS est suivi, cependant les professionnels de terrain connaissent peu les actions concrètes du programme qualité. De même, si des démarches de partage et de retour d'expérience sont initiées, il n'existe pas d'évaluation de la culture sécurité des soins à proprement parler (exemple enquête culture de sécurité...). Ceci est probablement en lien avec la restructuration récente de l'équipe d'encadrement des soins et l'absence de qualicien. En matière RH et ce malgré les difficultés de recrutement, les ressources sont adaptées à la qualité et à la sécurité de la prise en charge des patients notamment avec un plan RH intégrant des modifications de temps travail (IDE en 12 h et bientôt AS), pérennisation rapide des embauches, tutorat, fidélisation des remplacements, réunion d'accueil des embauchés saisonniers. Un livret d'accueil des professionnels est disponible, en revanche les managers ne bénéficient pas d'actions de soutien ou de coaching. Des démarches pour favoriser le travail en équipe sont impulsées par la gouvernance notamment via la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux qui est effective et elle est soutenue par les staffs hebdomadaires (soins palliatifs et SSR), cependant il n'y a pas de démarche structurée autour du travail en équipe, ni de démarche spécifique de type PACTE. L'évaluation des compétences est réalisée lors d'entretien annuels, s'appuie sur des fiches de poste et permet de définir les formations prioritaires, en revanche il n'y a pas de proposition de programme d'accréditation en équipe. Suite à deux audits et la réalisation d'un bilan



social, un groupe de travail intégrant les partenaires sociaux a été mis en place pour élaborer et déployer une politique QVT. Le groupe de travail est en place, le déploiement de plan d'actions validé en mai 2022 a débuté. En cas de conflit, l'encadrement de proximité répond aux demandes de médiation, en revanche il n'y a pas de dispositif d'écoute externe pour un soutien psychologique. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (Plan blanc, Plan bleu, gestion de crise), a été élaboré pour le rôle pouvant être joué par l'établissement car il s'agit d'un établissement de repli pour les établissements en direction commune, un plan d'évacuation partielle ou totale est également disponible. En revanche en dehors d'un RETEX COVID, il n'a pas été réalisé l'exercice annuel attendu permettant de mesurer l'opérationnalité du dispositif. L'organisation du système d'information permet la maîtrise des risques numériques. L'établissement a identifié les points critiques de sécurisation avec le référent local. En revanche, certains personnels potentiellement concernés notamment de nuit, ne connaissent pas les modalités d'alerte. Concernant les enjeux environnementaux et de développement durable (DD) une démarche a été initiée, un groupe de travail a été mis en place sans qu'un référent ait été nommé ( il a été opté pour des "ambassadeurs" dans chaque service) , et quelques actions d'économie d'énergie ont été mises en place (éclairages LED, économiseurs d'eau) et dans sur le volet social (emploi, accès à la culture...) cependant la politique récemment déterminée doit être déployée en tenant compte d'un diagnostic formalisé (bilan carbone) qui n'a pas été réalisé. Il n'y a pas encore de filière adaptée pour chaque type de déchets, et la sensibilisation du personnel aux démarches DD n'est pas encore déployée. La gestion des urgences vitales est conforme aux attendus en ce qui concerne les chariots, le circuit d'appel d'urgence, et les défibrillateurs, en revanche l'audit du dispositif n'a pas été réalisé, les professionnels à ce jour ne sont pas tous formés régulièrement bien que les formations AFGSU aient repris en 2022, et il n'y a pas d'exercices de mise en situation. La dynamique d'amélioration continue est portée par la politique qualité /gestion des risques reposant sur 10 axes, revue en avril, validée en CME, présentée aux instances. Le programme qualité décline les actions classées par thématiques définies lors de la précédente visite de certification V2014 pour l'ensemble de la structure. Le point de vue du patient est pris en compte, les indicateurs qualité recueillis et analysés, les EIAS déclarés et traités et les représentants des usagers informés des résultats et des plans d'action. Cependant les revues de pertinence des pratiques n'ont pas été mises en œuvre. Par ailleurs faute de retour suffisant des questionnaires de satisfaction, leur analyse est peu pertinente et ne permet pas la mise en œuvre d'un plan d'action prenant en compte l'expérience patient. Par ailleurs lors des entretiens avec les professionnels il est apparu une méconnaissance des résultats et des plans d'action notamment en lien avec les indicateurs qualité.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	070005558	HOPITAL INTERCOMMUNAL BOURG SAINT ANDEOL - VIVIERS	Rue p. semard 07700 Bourg Saint Andeol FRANCE
Établissement principal	070000062	HOPITAL INTERCOMMUNAL BOURG SAINT ANDEOL	Rue p. semard 07700 Bourg-Saint-Andeol FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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 SSR 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	8
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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	22
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	22
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	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
2	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
3	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
4	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		Gestion des événements



				indésirables graves
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
8	Audit système	QVT & Travail en équipe		
9	Audit système	Dynamique d'amélioration		
10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Audit système	Leadership		
12	Audit système	Engagement patient		
13	Audit système	Coordination territoriale		
14	Audit système	Représentants des usagers		
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
16	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des produits sanguins labiles
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standarts et

				complémentaires
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Mdmts à risque/ ATB PO et/ou IV
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Chambre-> plateau technique

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

