



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
HAUTEVILLE LOMPNES**

Bp 41

Service qualité

01110 Hauteville-Lompnes



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 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	19
Table des Annexes	25
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	26
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	27
Annexe 3. Programme de visite	31

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 HAUTEVILLE LOMPNES	
Adresse	Bp 41 Service qualité 01110 Hauteville-Lompnes FRANCE
Département / Région	Ain / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	010007987	CENTRE HOSPITALIER PUBLIC D'HAUTEVILLE	Rue des Narcisses Bp 41 01110 Plateau d'Hauteville FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

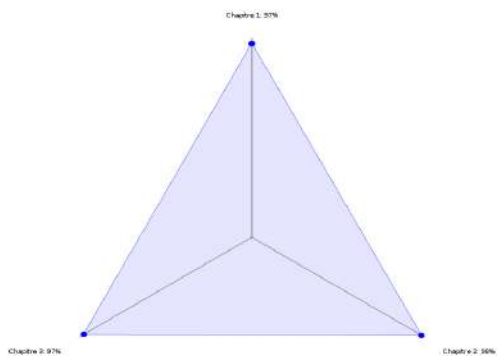
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Enfant et adolescent
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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

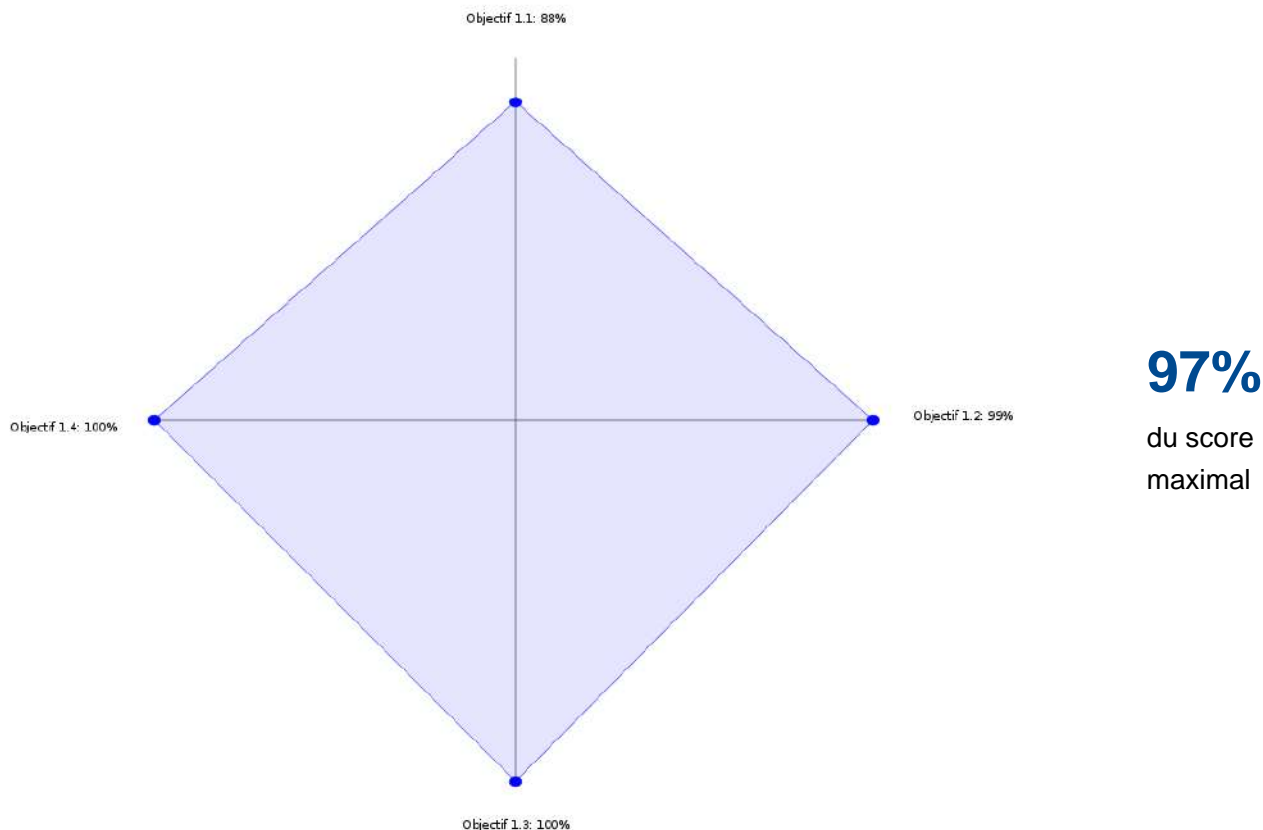
Au regard du profil de l'établissement, **99** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



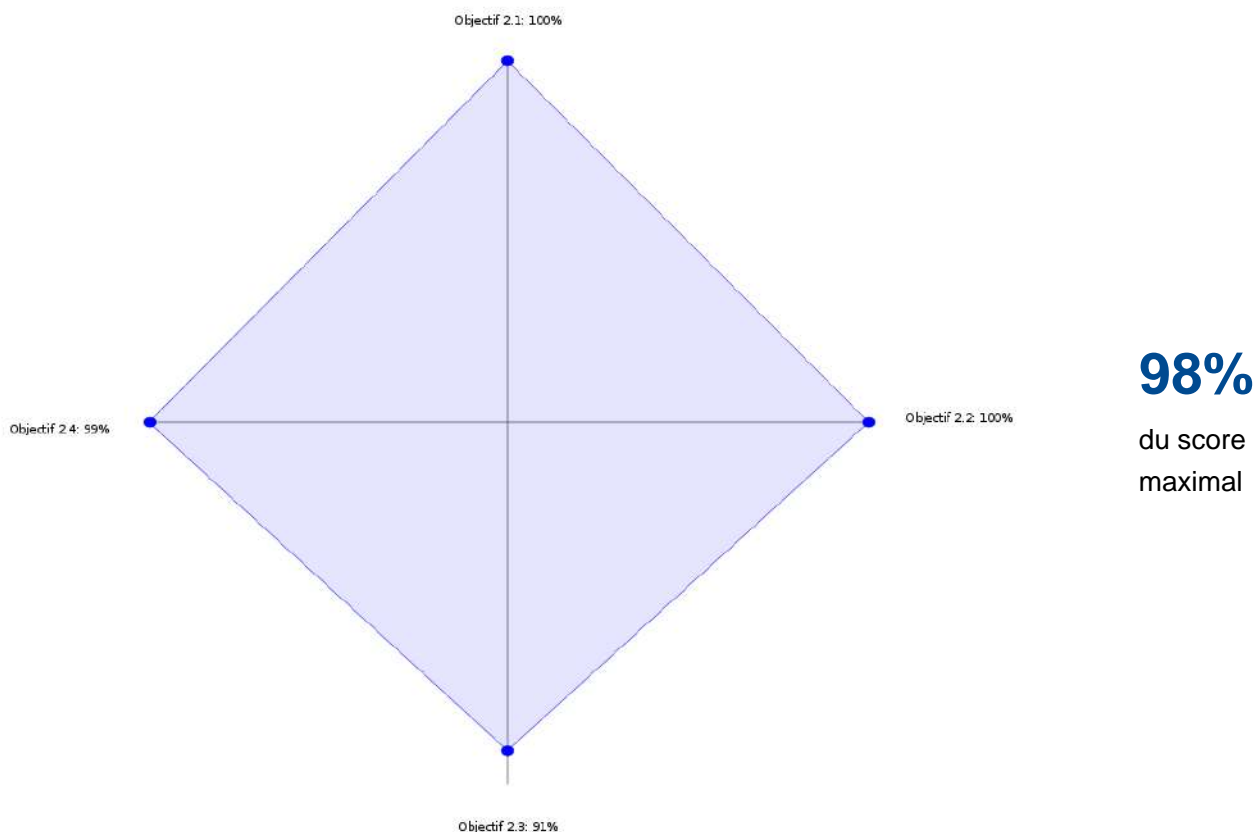
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	88%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Au sein du Centre Hospitalier Public de Hauteville (CHPH), les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfique/risque, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé. Le patient adulte est impliqué dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure qui le concerne et l'adolescent hospitalisé à partir de 14 ans en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) locomoteur sur le bâtiment intercommunal est invité à exprimer son avis sur son projet de soins. L'information donnée au patient est complétée par d'autres dispositifs, tels des supports écrits, avec par exemple, une documentation riche et variée qui porte principalement sur des actions préventives en addictologie, en SMR et en soins palliatifs. L'information au patient est également donnée lors d'ateliers dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique en pneumologie ou en addictologie. Dans tous les secteurs

des messages de prévention primaire sont affichés ou communiqués au patient sous la forme de documents papier. Ils concernent notamment la nutrition, l'activité physique, les risques liés aux addictions, la violence intrafamiliale Les coordonnées des associations de bénévoles sont également communiquées aux patients et proches telles que les associations de soins palliatifs ou d'alcoologie. L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence de dix lits identifiés soins palliatifs (LISP) pour des prises en charge aiguës et de quatre lits de soins de suite à orientation palliative au sein du bâtiment Albarine. L'information du patient n'est cependant pas complète. L'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées n'est le plus souvent pas expliquée et le recueil de la personne de confiance n'est pas toujours tracé. Par ailleurs, malgré l'affichage à l'entrée de chaque service, et la présence d'informations dans le livret d'accueil institutionnel, les patients rencontrés n'ont le plus souvent pas intégré les données sur les représentants des usagers et les bénévoles, et ne savent pas comment signaler un évènement indésirable, formuler une plainte ou réclamation, ou faire part de leur expérience. Après la visite des actions visant à mieux informer les patients sur le recueil de la personne de confiance ainsi que la possibilité de formuler des directives anticipées ont été présentées en copil qualité gestion des risques en décembre 2023 et intégrées dans le PAQSS. L'ES prévoit notamment de consacrer un axe du projet de soins à l'élaboration d'un plan de communication auprès des usagers sur ces sujets. Bien que la pertinence de la transfusion soit argumentée notamment via une analyse bénéfique/risque avant tout acte transfusionnel, il n'a pas été retrouvé dans les dossiers des patients transfusés de traçabilité de l'information et les professionnels rencontrés n'ont pas su retrouver les documents d'information du patient. Lors de la visite l'hémovigilant a rappelé aux équipes qui transfusent la présence des documents dans la gestion électronique documentaire (GED) et la nécessité de communiquer ces éléments au patient. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Des équipements de séparation sont utilisés dans les chambres doubles en particulier lors des soins. Les équipes sont attentives à maintenir les portes des chambres fermées lors des soins. Cependant en raison d'un bâtiment vétuste, le service d'hospitalisation complète d'addictologie dispose d'une seule douche pour 10 patients. Un nouveau bâtiment en cours de construction doit ouvrir en avril 2024, il disposera d'une douche par chambre. Les patients mineurs sont pris en charge à partir de 14 ans en SMR locomoteur par des équipes formées aux spécificités des adolescents. Un secteur d'hospitalisation leur est dédié et la psychologue dispense des formations sur les droits des mineurs auprès des professionnels du service. Lors des hospitalisations de longue durée les coordonnées d'une association qui organise l'intervention d'enseignants sont communiquées aux parents dans le dossier de préadmission pour que des cours puissent être dispensés aux jeunes patients durant leur séjour. Par ailleurs, le projet de service comporte un volet sur la prise en charge des mineurs visant à développer la sensibilité à la prise en charge des mineurs. Le carnet de santé de l'enfant est demandé aux parents à son arrivée afin de reporter les informations dans le dossier de l'enfant. Le patient bénéficie d'une aide dans ses besoins élémentaires. Son autonomie dans les besoins élémentaires est évaluée pour ce qui concernent son hydratation, sa nutrition, son accompagnement aux toilettes. L'aide apportée par les professionnels prend en compte les troubles de la vue du patient. L'autonomie des patients en situation de handicap ou âgés est préservée. Le recours à la contention mécanique est exceptionnel et fait toujours l'objet d'une prescription médicale, d'une surveillance rapprochée et d'une réévaluation. Tous les patients disent que leur douleur a été évaluée et soulagée. Le niveau explicite de la douleur est majoritairement retrouvé dans les dossiers lors des prescriptions « si besoin ». Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la douleur a permis d'améliorer la prise en charge de la douleur dans tous les services et d'uniformiser les échelles d'évaluation pour les patients communicants et non communicants. Des techniques non médicamenteuses à l'instar de l'hypnose, de la cryothérapie, la résonance énergétique par stimulation cutanée (RESC) viennent en complément des traitements médicamenteux. La présence des proches et des aidants est facilitée. Les horaires de visite sont adaptés, des locaux sont aménagés. Un accueil est prévu pour les proches des patients hospitalisés en soins palliatifs. L'implication des proches et des aidants dans le projet de soins est favorisée en particulier en gériatrie, en service de SMR locomoteur, en addictologie et en soins palliatifs avec l'accord des patients. L'accompagnement des patients en situation de précarité

sociale, repose sur un accès facilité au service social dans les secteurs grâce à la présence de travailleurs sociaux. Des dispositifs de coordination sont mis en œuvre comme les staffs pluridisciplinaires qui incluent l'ensemble des professionnels qui interviennent dans la prise en charge du patient (médecins, infirmiers, ergothérapeute, psychologue, assistante sociale, etc.). La préparation de la sortie est anticipée pour prendre en compte les conditions de vie habituelle. En Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), la faisabilité du retour à domicile et les besoins en matériels médicaux sont évalués en équipe pluridisciplinaire. L'assistante sociale et l'ergothérapeute se rendent à domicile pour anticiper la sortie. Des dispositifs de coopération avec les réseaux sont mis en place, par exemple, une coopération avec les centres médico-psychologiques (CMP) et les associations d'addictologie ou de soins palliatifs qui permettent d'anticiper la sortie et de proposer aux patients un accompagnement et une prise en soins qui répondent à ses besoins. L'hospitalisation à domicile (HAD) est proposée au patient dès son entrée à chaque fois que nécessaire et facilitée par la présence au sein de du GHT de lits de HAD et d'un secteur d'HAD privé situé à Hauteville.

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	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	91%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	99%

Les équipes analysent la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Des recommandations de bonnes pratiques et des protocoles sont disponibles pour les principales prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques complexes sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires en place dans tous des secteurs. En addictologie par exemple, une synthèse pluri professionnelle et pluridisciplinaire hebdomadaire est préparée en amont par la cadre de santé qui convoque les professionnels et assure le suivi. La conclusion de la synthèse est tracée dans le dossier du patient. Lors des synthèses la pertinence de la poursuite de l'hospitalisation en addictologie est également discutée à chaque fois que nécessaire. La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée au sein des équipes et réévaluée lors des staffs pluridisciplinaires. Pour les patients pris en soins dans le cadre du

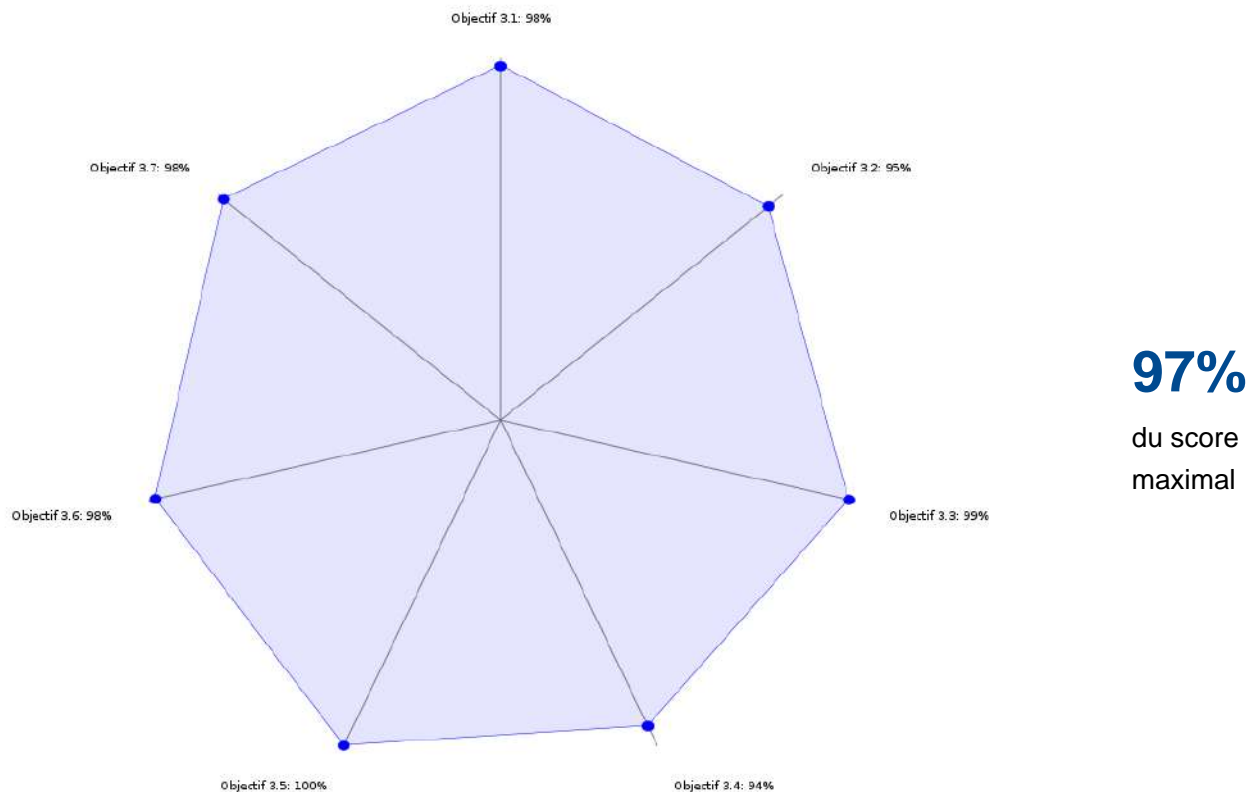
parcours nutritionnel, la pertinence des admissions est évaluée sur la base des critères d'inclusion d'admission des patients prévus dans le programme obésité de la Haute Autorité de Santé (HAS). Les praticiens se réfèrent à des protocoles pour les antibiothérapies probabilistes de première intention. La traçabilité de la réévaluation des antibiothérapies initiales est majoritairement retrouvée dans les dossiers. Le médecin référent de l'unité de sepsis se charge de rappeler les grands principes de la juste utilisation des anti-infectieux en matière notamment de prescription des antibiotiques et de traçabilité de la justification initiale de l'antibiothérapie dans le dossier médical. Il veille à la réévaluation et à la traçabilité de toute antibiothérapie à 48h-72h en fonction de l'évolution clinique et peut s'appuyer sur l'infectiologue du centre Hospitalier de Bourg en Bresse ou de la clinique de Convert. Une évaluation continue des pratiques professionnelles débutée en 2010 permet de suivre la réévaluation de l'antibiothérapie à 48h - 72h. La pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé est également évaluée lors des prescriptions en collaboration avec la pharmacie. D'une façon plus générale, elle est également évaluée en continue dans cadre le d'une EPP « prescription médicamenteuse chez la personne âgée » débutée en 2010. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient de manière pluridisciplinaire et pluri professionnelle en incluant les soins de support et la médecine de ville. Le dossier patient informatisé est déployé dans tous les secteurs des soins et partagé par l'ensemble des intervenants. De multiples dispositifs de coordination sont déployés pour mettre en œuvre le projet de soins avec des réseaux d'expertise en interne ou en externe. En soins palliatifs par exemple le projet de soins bien identifié est évalué et réévalué en équipe pluridisciplinaire tout au long de son séjour. De multiples soins de support et complémentaires sont proposés (Résonance Energétique par Simulation Cutanée (RESC), Snoezelen ...). Une psychologue, un ergothérapeute, une diététicienne, un orthophoniste, un enseignant en activité physique adaptée (EAPA) interviennent auprès des patients. Les équipes disposent des accès directs à des correspondants experts (par exemple douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie) à l'intérieur ou l'extérieur de la structure. En pneumologie par exemple ils peuvent avoir recours à la clinique du souffle pour les patients sous ventilation non invasive (VNI). D'autres praticiens de la clinique comme les chirurgiens orthopédistes peuvent être sollicités. Des staffs pluri professionnels et pluri disciplinaires sont réunis dans toutes les spécialités médicales et de rééducation. Des collaborations avec d'autres établissements du territoire et les Hospices civils de Lyon (HCL) pour les avis spécialisés et avec la médecine de ville notamment via les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont développées. Dans le cadre de la filière gériatrique des coopérations sont mises en place avec les établissements d'Ambérieu, d'Oyonnax, de Belley et du Plateau de Hauteville. Dans le cadre de la prise en charge en addictologie de nombreux partenariats avec de structures externes et des réseaux sont développés. On peut citer la coopération avec le Centre Hospitalier (CH) le Vinatier, le CH de Bourg en Bresse, les centres de post cures, les équipes mobiles par convention. Par ailleurs l'équipe d'addictologie du CHPH participe aux staffs du CH Le Vinatier. Dans le cadre du parcours de soins nutrition obésité l'équipe a recourt à un endocrinologue qui est présent dans l'établissement une fois par semaine et à des professionnels tels qu'une conseillère en image et une socio-esthéticienne. En gériatrie, l'équipe construit avec les patients un projet de soins adapté à ses besoins et préférences en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. L'évaluation clinique pluri professionnelle à l'entrée du patient est réalisée de manière systématique. Il existe une importante file active de patients liés à la maison médicale pluriprofessionnelle (MSP) (prise en charge locale des patients âgés). Le Centre Hospitalier Public de Hauteville (CHPH), a développé une activité de télémédecine pour l'imagerie avec les radiologues libéraux du territoire. Les clichés qui sont en premier lieu interprétés par les praticiens du CHPH peuvent être transmis à la demande de ces derniers aux radiologues libéraux pour interprétation. En SMR locomoteur où sont pris en charge des adolescents, la demande du carnet de santé du mineur est une des actions inscrites dans le plan d'action du service. Cependant malgré la demande du service, les adolescents et les parents n'apportent pas toujours le carnet de santé. La démarche palliative est coordonnée avec l'équipe de soins palliatifs en cas d'évolution péjorative d'une situation clinique. Une rencontre pluri professionnelle suivi de l'avis du palliatologue de l'établissement pour validation de la démarche et le transfert dans un second temps pour suite de prise en charge dans le service dédié sont organisés. Un

accompagnement est également possible dans le service de gériatrie en fonction des préférences patients par l'équipe de soins palliatifs. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la dénutrition, les chutes, les effets indésirables des médicaments. Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie. Comme le démontre l'indicateur qualité sécurité des soins (IQSS), il a été constaté que la lettre de liaison n'était pas systématiquement remise au patient le jour de son départ en particulier en pneumologie et en nutrition. Elle est envoyée au médecin traitant par courrier ou via la messagerie sécurisée dans des délais variables selon les unités. Par ailleurs on ne retrouve pas toujours l'ensemble des informations qui permettent de s'assurer de la continuité de la prise en charge du patient à sa sortie. En effet dans un peu plus de 40 % des cas on ne retrouve pas le traitement médicamenteux du patient à sa sortie. Pour autant, le suivi de cet indicateur a été intégré au plan d'action des services et au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Ce plan d'action a déjà permis d'améliorer la qualité de la lettre de liaison en particulier sur les bâtiments Espérance et Inter. Les professionnels s'attachent majoritairement à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Elles appliquent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Lors des transports, les brancardiers veillent au respect des règles d'identitovigilance. Les transports sont planifiés et les patients sont informés du jour et de l'heure du transport. Les professionnels sont par ailleurs formés à la manutention et au transfert des patients, aux gestes d'urgence, à l'hygiène des mains et à l'entretien des matériels. Les vigilances sont organisées, des référents sont nommés, la permanence est organisée, les modalités de contact sont diffusées connues des équipes. Les alertes (centralisation vers un numéro unique) descendantes sont reçus 7j/7 et 24h/24 et peuvent être traitées dans l'instantanéité si cela s'avère nécessaire. Les équipes respectent majoritairement les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments. Les prescriptions médicamenteuses sont assurées dans tous les secteurs dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Les consignes de suivi des médicaments sont le plus souvent connues des patients. Les pratiques d'approvisionnement en urgence répondent aux besoins des services, le transport est sécurisé. L'administration est tracée. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est systématique. Les avis pharmaceutiques sont consultables par les prescripteurs. Le pharmacien suit le taux d'analyse. Cependant l'ES ne disposant pas d'accès au dossier pharmaceutique, le bilan thérapeutique du patient ne peut y être intégré. Dans les services, les piluliers sont préparés par l'équipe de jour sauf en addictologie par l'équipe de nuit, les médicaments restent identifiables jusqu'à l'administration. En addictologie, le patient se rend auprès de l'infirmier (IDE) au moment de la prise du médicament. L'IDE vérifie le traitement sur le DPI et s'assure que le patient prenne son traitement. En cas de non présentation du patient, l'IDE l'appelle. Dans cette unité un praticien titulaire d'un diplôme universitaire (DU) en psychopharmacologie dispense des formations aux soignants. Dans tous les services, les IDE disposent d'étiquettes respectant les recommandations pour l'étiquetage des médicaments injectables. De ce fait, le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration. Cependant, il a été observé dans toutes les armoires à pharmacie que les médicaments injectables, les pommades et les collyres étaient stockés par ordre alphabétique et mélangés dans un même compartiment sans séparation et identification des médicaments sur les tiroirs. On retrouve ainsi de nombreuses spécialités différentes mélangées dans un même compartiment pour la plupart dans leur emballage d'origine ou dans des sachets en plastique. Par ailleurs dans les « A » il a été retrouvé une spécialité commençant par un X sans son emballage. Les médicaments à risque comme le potassium sont stockés au milieu des autres médicaments dans des sachets plastiques avec un pictogramme indiquant « médicaments à risque sur le sachet ». Par ailleurs dans certaines enceintes réfrigérées il a été retrouvé dans un même contenant un mélange de médicaments d'urgence comprenant des médicaments à risque comme l'insuline. Ces pratiques à risque d'erreurs médicamenteuses ont fait l'objet d'actions d'amélioration durant la visite. A l'annonce de cet écart l'établissement a mis en œuvre immédiatement des actions correctives. Comme constaté lors des audits de fin de semaine les modalités de stockage ont été revues, les médicaments ont été séparés et étiquetés dans des compartiments dédiés à chaque médicament. Par ailleurs la commande antérieure à la visite de nouvelles

armoires à pharmacie permettra d'optimiser davantage le stockage des médicaments. La surveillance des températures des enceintes réfrigérées contenant des médicaments thermosensibles est assurée. Les professionnels rencontrés sont majoritairement formés aux bonnes pratiques d'utilisation des médicaments (règles des 5B, never events), des conduites à tenir en cas d'erreurs médicamenteuses ou d'effets secondaires liés à l'utilisation des médicaments à risque sont affichés dans les salles de soins et connus des soignants. Les médicaments à risque sont identifiés jusqu'à l'administration. Cependant il a été observé que seules trois unités disposaient de listings de médicaments à risque spécifiques à leur unité. Les autres unités disposaient du listing institutionnel. Une réflexion visant à déployer dans toutes les unités des listings adaptés aux profils de patients des unités avait été engagée avant la visite. Le retard pris s'explique par l'absence d'une des deux pharmaciennes. Durant la visite après concertation avec les praticiens la pharmacienne a diffusé dans tous les services des listings spécifiques à chaque unité. Une information a été diffusée à tout l'encadrement et la pharmacienne a débuté des actions d'information auprès des équipes de soins. Après la visite de certification, une nouvelle sensibilisation des professionnels a été planifiée et réalisée par la pharmacienne qui a rencontré les professionnels de toutes les unités de soins entre le 20 novembre et le 1er décembre 2023. Cette mesure a permis de rappeler aux équipes de soins les principes de la nouvelle procédure et les bonnes pratiques en matière d'utilisation des médicaments à risque (MàR) (stockage, étiquetage, double contrôle avant administration, principaux risques, antidotes ...). Les actions engagées visant à maîtriser l'utilisation des médicaments seront poursuivies en 2024, elles impliquent les médecins notamment pour ce qui concerne l'intégration de protocoles de prescription intégrés dans le DPI. Des formations ont été inscrites dans le plan de formation 2024 et des audits annuels ont été programmés. Toutes les actions ont été inscrites dans le PAQSS. Les transfusions sont tracées dans le dossier transfusionnel. Le dossier informatisé comporte une traçabilité de la réception des produits sanguins labiles (PSL), de leur conservation, des contrôles ... L'établissement de façon annuelle a mis en place une formation en collaboration avec l'établissement français du sang (EFS). Le correspondant en hémovigilance reste à disposition des médecins et internes. Toutefois les équipes n'ont pas connaissance de tous les effets secondaires pouvant survenir lors des transfusions. Les complications pulmonaires de la transfusion (TACO–TRALI) ne sont pas connues par les infirmiers et ne sont pas intégrées dans le protocole de transfusion. Durant la visite l'hémovigilant a communiqué par mail aux équipes qui transfusent une information concernant ces effets secondaires. Après la visite, la procédure Hémovigilance «surveillance post transfusionnelle » a été mise à jour le 14 décembre 2023 et diffusée à tous les professionnels dans gestion documentaire électronique (GED) avec alerte. Un EBM surveillance post transfusionnelle a été créé dans le DPI pour la traçabilité. Le correspondant hémovigilance a communiqué aux professionnels médecins, Cadre de santé et IDE sur la mise à jour de la procédure. Le 15 décembre 2023 une information a été faite en réunion des référents qualité et gestion des risques. L'établissement prévoit d'ajouter ce critère à la grille d'audit annuel « pertinence de l'utilisation des produits sanguins labiles » pour évaluation de l'appropriation. . Le comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), l'Equipe Opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonnent les mesures de prévention des infections associées aux soins. Les protocoles d'hygiène (hygiène des mains, précautions standards et complémentaires, pose de sonde urinaire, pose de cathéter...) sont connus, accessibles dans la gestion électronique documentaire (GED) et appliqués par les professionnels. Des flyers explicatifs concernant les différents types d'isolement sont remis aux patients lorsqu'ils sont concernés. Les précautions standards et complémentaires sont mises en œuvre. Les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle. Des évaluations de pratiques ainsi que des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) sont réalisés et suivis en équipe. Les équipes évaluent leur pratiques d'hygiène des mains en participant notamment aux audits réalisés par le référent en hygiène du service ou par l'équipe opérationnelle d'hygiène : audit type « Pulp friction » effectué une fois par an. Les conditions de désinfection et de stockage (locaux, équipements, etc...) sont respectées. En balnéothérapie, les patients porteurs d'infection qui justifie la mise en place de précautions complémentaires ne sont pas pris en charge. Les protocoles de bionettoyage sont connus et appliqués. Des prélèvements d'eau sont réalisés quotidiennement pour mesurer la qualité de l'eau (PH et le Chlore). Les prélèvements microbiologiques sont

réalisés une fois par mois, les résultats sont affichés. En cas d'alerte le bassin est fermé, désinfecté et réouvert après réception de résultats microbiologiques conformes. La vaccination est promue et favorisée par l'établissement. Il existe une campagne annuelle de vaccination grippe et COVID. A ce jour les cadres ne connaissent pas le taux de vaccination de leur service. En 2023 l'établissement s'est saisi du faible taux de vaccination de 2022 pour prendre des mesures qui ont conduit notamment au recrutement d'un infirmier (IDE) santé au travail chargé de promouvoir et de faciliter la vaccination au plus proche du terrain. Les délais de rendez-vous, de réalisation des examens en lien avec les objectifs priorités dans l'établissement (consultants externes versus hospitalisés, urgence interne/externe...) et d'envoi des comptes rendus sont respectés. L'imagerie interne est utilisée régulièrement par les services sans difficulté au niveau de la programmation. Les professionnels chargés du transport des patients sont formés aux règles de sécurité, d'identitovigilance, d'hygiène et de confort du patient. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et leurs pratiques de soins et mettent en place des actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins qui les concernent. Dans tous les secteurs cinq dossiers tirés au sort sont revus mensuellement. Les équipes s'appuient également sur des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), sur les audits patients et parcours traceur réalisés dans tous les secteurs d'activité ainsi que sur des enquêtes de pratique pour mettre en place des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. On peut citer pour exemples les EPP sur la douleur, sur l'antibiothérapie, sur l'ajout du bilan thérapeutique dans la lettre de sortie, la prévention des escarres, la radioprotection du patient (traçabilité de la dose administrée au patient), la vérification de l'identité du patient à son arrivée en salle de radiologie, la pertinence de la prolongation de séjour en alcoologie, le suivi cicatriciel en sepsis ou encore les audits sur les bonnes pratiques de précautions complémentaires, d'hygiène des mains et sur les bonnes pratiques de pansement des cathéters PICC Line. Par ailleurs une démarche d'analyse de pratique est organisée en addictologie et en soins palliatifs avec l'appui d'une psychologue. Les délais de rendu des examens sont suivis et partagés si besoin entre équipes du laboratoire et les services cliniques concernés et font l'objet d'actions d'amélioration. Une réunion annuelle avec les représentants du laboratoire est organisée. A cette occasion un bilan des bonnes pratiques en matière de prélèvements, de délais de rendus des résultats d'examens est analysé et en cas de besoin des actions d'amélioration sont identifiées et diffusées. Dans tous les secteurs les équipes sont associées à l'exploitation des résultats de la satisfaction et de l'expérience patient, ainsi que des plaintes et réclamations. Une information relative aux indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) (dont E SATIS) est communiquée via l'encadrement, par voie d'affichage et via l'intranet. Par ailleurs en complément d'un questionnaire institutionnel, des questionnaires d'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient spécifiques à certaines unités comme en addictologie sont utilisés. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés avec les professionnels et donnent lieu à des actions d'amélioration comme des formations, ou des documents de bonnes pratiques. Des comités de retour d'expérience (CREX) faisant suite aux événements indésirables associés aux soins (EIAS) signalés sont organisés dans tous les secteurs de soins. Les actions d'amélioration identifiées par les équipes sont intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel et font l'objet d'un suivi par les référents qualité et l'encadrement des unités concernés avec l'appui de la cellule qualité.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
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	98%

Membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Bresse-Haut Bugery depuis juillet 2016, le Centre Hospitalier Public de Hauteville (CHPH) situé dans le département de l'Ain à 900 d'altitude allie une offre de soins de proximité et de spécialités. Il est orienté principalement vers les activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et de médecine et accueille les patients au sein de trois sites; l'Albarine, l'Inter et

l'Espérance. Le CHPH a conçu son projet d'établissement 2020-2024 en complémentarité avec le Projet Médical Partagé du GHT. Il prend en compte la situation la plus défavorable de la région Auvergne-Rhône Alpes en matière de présence médicale libérale sur son territoire. Le projet d'établissement du CHPH s'articule par ailleurs avec les orientations arrêtées dans le Programme Régional de Santé (PRS), édicté par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que le Contrat Pluriannuel de Moyens (CPOM) signé en janvier 2020. L'établissement a identifié ses partenaires, ses filières et ses parcours sont structurés. Il travaille en concertation et se coordonne avec l'ensemble des partenaires publics et privés du territoire, voire extra-territoriaux avec lesquels il a formalisé des conventions (convention GHT ou conventions de filière). Le premier cercle de coopération est composé des établissements de la Direction Commune qui comprend le CHPH, le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, le Centre Hospitalier de Pont-de-Vaux et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de Cerdon, Coligny, Montrevel. Il constitue une force pour la fluidité de certaines filières notamment pour la Gériatrie, le sepsis ostéo-articulaires, la pneumologie, l'addictologie, la médecine physique et de réadaptation (MPR) et les lits Identifiés Soins Palliatifs (LISP). D'autres partenariats ont été développés notamment avec le Centre Hospitalier du Haut-Bugey pour la filière respiratoire et la médecine physique et de réadaptation (MPR) et avec la médecine de ville et la maison médicale partagé (MSP) du Plateau d'Hauteville où le recours au service de court séjour gériatrique permet d'éviter les transferts vers les services d'urgences du territoire. Les partenaires privés et/ou associatifs de l'Ain et plus largement de la ceinture rhodanienne constitue une filière d'aval reconnue pour son expertise en soins de soins et de rééducation. L'établissement de santé (ES) ne participe pas directement à la construction des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en cours de création mais collabore étroitement avec la CPTS mise en place à l'initiative de la Maison Médicale Partagée (MSP). Le CHPH s'appuie par ailleurs sur l'expertise du Centre de Référence des Infections Ostéo-articulaires complexes (CR IOAc) de la région Rhône Alpes Auvergne de l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon. Des modalités de prise en charge rapide ont été déployées afin de favoriser les entrées directes dans chacune des spécialités, en lien avec les médecins adresseurs. Des lignes d'avis téléphoniques en gériatrie, en addictologie et dans les autres spécialités de rééducation et médicales (addictologie et soins palliatifs) permettent des admissions directes dans les services. Les usagers et les médecins de ville peuvent contacter aisément l'établissement. Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives. Une messagerie sécurisée permet de s'assurer du respect de la confidentialité des données médicales partagées avec les différents partenaires de l'ES. Les modalités de communication avec le service sont indiquées dans le livret d'accueil et sur le site internet du CHPH. La télémédecine est développée en imagerie avec les radiologues libéraux. Bien que ne déployant pas de travaux de recherche clinique dans sa stratégie, l'établissement favorise l'implication de praticiens, voire de patients dans des programmes d'étude clinique. Le dossier médical partagé (DMP) est alimenté par les médecins mais ne comprend pas le dossier pharmaceutique. La gouvernance s'attache à développer une dynamique collective de culture de la qualité et de la sécurité des soins. Les représentants des usagers y sont très largement associés. Le recueil de l'expression patient est promu via e-satis ou via un questionnaire général de l'établissement. Les taux de retour sont suivis et exploités. Des questionnaires spécifiques sont déployés dans certains services (ex : addictologie et soins palliatifs). Ils tiennent compte de l'expérience et permettent de mesurer le résultat de soin perçu par le patient après sa sortie. Les résultats e-satis sont connus des professionnels qui utilisent plus facilement l'enquête de satisfaction interne (questionnaires de sorties) pour laquelle la fréquence d'étude est plus courte (trimestrielle). Les résultats des questionnaires de sorties spécifique au service sont d'abord implémentés dans le logiciel de traitement par le référent qualité du service et exploités en équipe sous la responsabilité du cadre de service "revue des enquêtes" ; ainsi des actions rapides peuvent être mises en place par l'équipe. Les représentants des usagers (RU) participent aux comités de retour d'expérience (CREX) de l'établissement et à l'élaboration des questionnaires de satisfaction. Par ailleurs d'anciens malades témoignent de leur expérience auprès des patients hospitalisés et l'intervention d'association d'usagers (addictologie, soins palliatifs) est encouragée. Le CHPH assure la promotion de la

culture de la bientraitance, veille au respect des droits des patients et de leur famille et lutte contre la maltraitance. Il déploie une politique de bientraitance via notamment la diffusion de la charte de la bientraitance connue des professionnels et forme les professionnels au repérage des situations de maltraitance et facilite leur signalement. Les professionnels rencontrés y compris les équipes de nuits veillent au respect de la personne et connaissent les notions de bientraitance en particuliers dans les moments sensibles (accueil, prise en charge de la douleur, toilette...). En plus de programmes d'éducation thérapeutiques (BPCO, nutrition obésité), des actions d'éducation thérapeutique sont mises en œuvre par les soignants y compris la nuit. Elles concernent par exemple les positions adaptées au niveau locomoteur. Des aides-soignants sont formés à l'hypnose pour la prise en charge de l'insomnie et de l'anxiété la nuit. Les projets de travaux prennent en compte les obligations d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite (PMR). La charte romain Jacob est affichée dans tous les services. La maltraitance vis à vis des patients est déclarée via une fiche de signalement des évènements indésirables (FSEI). Les procédures nationales relatives à la prise en charge des violences faites aux femmes, aux enfants ou aux personnes âgées sont diffusées dans les services. Cependant, à ce jour, il n'y a pas de revue annuelle de suivi des déclarations de maltraitance, ni de codage PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Après la visite début décembre 2023 le département d'information Médicale (DIM) a sensibilisé l'ensemble des médecins au codage PMSI Maltraitance et le service social a été sensibilisé sur la traçabilité dans le dossier du patient. Cette action a été intégrée au PAQSS. Les locaux sont majoritairement adaptés à toute forme de handicap. Cependant sur les trois bâtiments les ascenseurs publics sont difficilement accessibles aux malvoyants. Une maintenance des ascenseurs sur les trois sites avec remise en fonctionnement de la signalétique sonore a été demandée par l'ES. Les futurs locaux du bâtiment Espérance qui ouvriront en avril 2024 seront accessibles à toutes les formes de handicap. L'accès aux soins de personnes vulnérables est favorisé grâce notamment à la présence d'assistantes sociales et l'intervention des associations. L'établissement dispose également d'une liste d'interprètes ainsi que d'un accès à un service d'interprétariat en ligne. L'accès des patients à leur dossier est organisé, les délais sont conformes aux recommandations. Les représentants des usagers (RU) participent aux instances (Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), le Comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), le Comité de retour d'expérience (CREX)..) y compris au comité d'éthique et sont totalement intégrés dans la démarche qualité, (participation aux CREX, sollicitation et formation pour réaliser un patient traceur..). Ils sont impliqués dans les différentes réflexions. Ils participent aux audits patients traceur à des groupes de travail et interviennent auprès des étudiants infirmiers et des équipes de soins dans les services. Ils ont participé notamment à la signalétique de l'hôpital et ont été consultés pour la construction du bâtiment Esperance. Ils ont connaissance en amont des réunions de la commission des usagers (CDU), des plaintes et réclamations et des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) et peuvent donner un avis sur la réponse à apporter. Le projet des usagers est partagé, il est connu des professionnels. L'établissement fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Un projet qualité définit dans le manuel qualité révisé en 2023 s'articule avec le projet d'établissement 2020-2024. Il s'appuie sur les fiches d'évènements indésirables (FEI), les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), la précédente certification, les résultats des audits notamment des patients et parcours traceur et les projets de service. La politique qualité est déclinée au plus proche du terrain par l'encadrement et les référents qualité désignés dans chaque secteur de soins. Le suivi du programme qualité et des actions concrètes déclinées sur le terrain est assurée par une cellule qualité. Le responsable qualité et gestion des risques pilote la cellule d'assurance qualité dont l'effectif est composé d'un responsable qualité et gestion des risques et d'un assistant qualité. Le responsable qualité et gestion des risques a été désigné en tant que coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et est responsable de la sécurité du management de la prise en charge médicamenteuse. Il travaille en étroite collaboration avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME) dans l'élaboration de la politique qualité et gestion des risques ainsi que la direction des soins et les responsables des secteurs et les professionnels pour la mise en œuvre. Les objectifs qualité sont déclinés au plus proche du terrain via l'encadrement et les référents qualité. Le suivi du programme qualité est présenté dans les

différentes instances notamment en commission des usagers (CDU) au directoire, en CME et en Commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Ils sont déclinés via le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) intégré dans le logiciel de gestion documentaire (GED). Le suivi du PAQSS relève de la responsabilité des services avec l'appui des référents qualité. Un tableau de bord reprenant les indicateurs qualité est diffusé dans les services par voie d'affichage et dans l'intranet. Des réunions qualité sont organisées régulièrement par l'encadrement, les horaires sont adaptés aux professionnels de nuit. Les professionnels peuvent citer les actions du plan d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités (ex : travail sur la personne de confiance). La culture qualité est évaluée notamment par la pharmacie via des actions ponctuelles telles que l'évaluation de l'appropriation de la démarche de gestion des risques (déclaration, analyse, plan d'actions) et ou encore via le Challenge FEI à l'initiative de la direction déployé en 2022 lors de la semaine sécurité des patients. La direction des ressources humaines (DRH) et la direction des soins (DDS) veillent à l'adéquation des ressources à l'activité. L'établissement est engagé dans une démarche de gestion des ressources humaines qui vise le professionnalisme des personnels (évaluation des compétences, formation, accompagnement des nouveaux arrivants notamment via une journée d'accueil, l'organisation des remplacements internes par un pool de suppléance institutionnel, le paiement d'heures supplémentaires, le recours à des contrats d'étudiants et l'existence de procédure en mode dégradée ...). Des ratios en personnel par unité ont été définis dans les maquettes organisationnelles. Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité (classeurs dans les services, fiches de poste, accès à la gestion documentaire (GED), ...). Des procédures opérationnelles sont diffusées aux médecins remplaçants ainsi que des procédures de gestion de la continuité médicale. Un médecin de l'établissement forme les intérimaires médicaux. Une fiche d'organisation médicale pour faciliter l'appropriation de l'organisation médicale pour les intérimaires, les remplaçants et les nouveaux professionnels est diffusée. Le travail en équipe est favorisé par l'organisation mise en place. Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent. Des temps d'échange entre professionnels avec le corps médical sont effectifs. Des temps de transmissions et d'échange sur des points particuliers sont organisés. Des conférences et des études de cas sont animées par un professionnel soignant ou médical. Des réunions d'équipe et d'analyse de pratique en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire sont déployées en soins palliatifs et en addictologie. Par ailleurs la gouvernance accompagne les professionnels dans la conception de projet des équipes selon l'approche « Design thinking » qui ont conduit à la mise en place d'arbre décisionnel d'orientation des patients de soins palliatifs en rééducation. Les managers sont formés. Des outils d'aide à la communication sont déployés dans tous les services (Situation, Antécédents, Evaluation, demande (SAED)). Des staffs pluri-professionnels sont réalisés dans les services. Le comité d'éthique composé de représentants des usagers, de deux juristes, d'un philosophe, de représentants du culte et de professionnels de l'établissement est actif depuis de nombreuses années. Un bureau éthique composé d'une équipe plus restreinte se réunit régulièrement. Le Comité a invité les médecins de ville à la réunion de juin 2023 qui était ouverte à tout le personnel du CHPH. Les professionnels ont été informés des modalités de saisine via un flyer qui a été diffusé avec la fiche de paie. Le suivi des saisines est assuré par le bureau et présenté en plénière. Certains professionnels ont fait part de questionnements éthiques comme la vigilance autour de la communication avec les adolescents. Le Centre Hospitalier Public d'Hauteville (CHPH) est engagé depuis plusieurs années dans une démarche de la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT). Cette démarche s'appuie sur un état des lieux annuel, elle est également en corrélation avec le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) mis à jour annuellement. Elle est présentée dans le projet social intégré au Projet d'Etablissement et a été présentée dans sa dernière version en Comité Social et Economique (CSE) le 6 novembre 2023. La démarche est évaluée à travers l'enquête de satisfaction qui est réalisée tous les deux ans auprès de l'ensemble des professionnels. Les résultats sont analysés et diffusés auprès des professionnels avec des axes d'amélioration définis par la direction de l'établissement donnant lieu à la mise en œuvre d'action d'amélioration de la QVCT. Une commission QVCT composée en majorité d'agents hospitaliers

représentants pilotée par la responsable des ressources humaines et la psychologue du travail de l'établissement est en charge du déploiement de la démarche au plus près du terrain. En 2022 la commission a mis en place des sous-groupes de travail afin de travailler sur des thématiques telles que le Bien-être au travail et la relaxation, la reconnaissance au travail ou la communication. Des actions concrètes comme la publication d'articles dans le journal interne pour faire connaître certains métiers, un groupe de travail sur l'aménagement du bâtiment Espérance ou encore l'analyse de pratique en soins palliatifs et en addictologie ont été déployées. Une salle de sport, des cours de Pilate et des séances de relaxation sont également proposés aux professionnels. Les cadres ont été formés à la gestion des conflits. Des indicateurs sont suivis par la direction des ressources humaines tels que le turn over, le taux d'absentéisme, les besoins en formation. Un ergonomiste contribue à l'optimisation des postes de travail. Les risques psychosociaux font l'objet d'une déclaration d'un suivi et de la mise en œuvre d'actions préventives. En cas de conflit interpersonnel, une médiation est proposée par la psychologue du travail qui veille à respecter la confidentialité (signature d'une charte de confidentialité). La gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maîtrisée. L'établissement a élaboré son plan SSE mis à jour en 2023 en y intégrant les risques du plan d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN). La cellule de crise est mobilisable très rapidement (moins de 45 minutes), son organisation est décrite dans le plan SSE. Elle a été mobilisée deux fois en 2023 et sa mobilisation (notamment lors de la gestion de la cyberattaque début 2023) a donné lieu à un bilan et a démontré la maîtrise du risque numérique. Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) est opérationnel. Un système de badge permet un accès sécurisé du site. Le centre hospitalier public de Hauteville (CHPH) a rédigé un plan Responsabilité Sociétale des Entreprises (RSE) et organisé la gestion des actions de développement durable. Deux référents assurent le pilotage de la politique de développement durable et des référents ont été nommés dans les services. Le traitement des déchets, notamment, a fait l'objet d'un plan d'action approfondi. Un système innovant de traitements des déchets alimentaires (agrodigesteur) a été déployé. Des campagnes de sensibilisation auprès des agents et des usagers sont déployées. L'établissement collabore avec certains partenaires en la matière (commission de la transition écologique de Bourg en Bresse). On notera toutefois l'absence de diagnostic global initial. Les professionnels connaissent majoritairement la conduite à tenir pour les urgences vitales. Le CHPH dispose d'une procédure de prise en charge des urgences vitales. Elle décrit le processus de prise en charge des urgences vitales et comprend notamment le numéro d'appel dédié et les signes de reconnaissance des urgences vitales. Par ailleurs les professionnels sont majoritairement formés aux gestes de première urgence (AFGSU) et des chariots d'urgence et des défibrillateurs sont facilement accessibles dans les services et contrôlés par les équipes. Il existe un numéro d'appel unique relié à tous les médecins de l'établissement les jours ouvrables. La nuit et en dehors des heures ouvrables il est basculé sur le téléphone du médecin d'astreinte. Durant la visite la procédure d'appel de nuit a été revue afin de diminuer les risques de perte de temps et de perte de chance dans les situations d'arrêt cardio respiratoire. Les professionnels doivent désormais contacter le 15 avant le médecin d'astreinte. Auparavant le médecin d'astreinte contactait le 15 dans un second temps. Cette procédure a été diffusée auprès des professionnels, la connaissance de cette nouvelle procédure a été objectivée lors des rencontres avec les professionnels y compris ceux de nuit. Il restera à évaluer cette nouvelle procédure. L'évaluation a été inscrite au plan d'action de l'ES. Quoiqu'il en soit la situation géographique du CHPH le rend difficilement accessible aux équipes de SMUR les plus proches. C'est pourquoi l'ES a mis l'accent sur la formation et la mise en application par les professionnels des gestes de premier secours. Ce qui a été confirmé lors des différents audits. La dynamique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins est soutenue par la gouvernance. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées via le site intranet et la gestion documentaire. La diffusion des bonnes pratiques bénéficie tout à la fois de l'implication de la CME et du service qualité, d'un réseau de communication performant en l'intermédiaire des référents. Divers moyens de communication sont déployés par l'établissement (affiches, flyers, notes de service, protocoles, outils logiciels et systèmes vidéo). Ils peuvent parfois recourir à des partenaires extérieurs pour informer ou former les professionnels. Le plan d'action est alimenté des résultats des patients et parcours traceurs réalisés par les

équipes en collaboration avec les représentants de usagers. Les référents vigilances assurent la veille réglementaire. Un bilan des vigilances est présenté lors de la réunion annuelle de coordination des vigilances. Une coordination interne et externe des vigilances sanitaires est effective. Les alertes ascendantes et descendantes sont réalisées via les FEI. Les Indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) qui sont intégrés aux documents qualité sont présentés dans différents bilans des instances (cellule qualité, commission des usagers (CDU), comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Ils sont diffusés par voie d'affichage et les résultats sont exploités et aboutissent à la mise en place de plans d'action comprenant des EPP. Les actions à mettre en place sont inscrites dans le PAQSS de l'établissement. Les professionnels déclarent les événements indésirables (EI) via un logiciel. Ils sont associés à l'analyse des événements indésirables (EI). Une charte de réponse non punitive à l'erreur est diffusée et connue des professionnels. La cellule qualité se réunit pour analyser tous les EI déclarés et déterminer les EI faisant l'objet d'une analyse approfondie (comité de retour d'expérience (CREX) qui sont déployés dans tous les services et de plan d'actions. En 2022, un événement indésirable grave (EIG) a été déclaré à l'Agence Régionale de Santé (ARS), il a fait l'objet d'une requalification par l'ARS en EIAS. En 2023 deux événements indésirables graves (EIG) ont été déclarés à l'Agence Régionale de Santé (ARS). 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 circuit des produits sanguins labiles en systématisant la traçabilité de l'information donnée aux patients et en pérennisant les connaissances des professionnels sur les complications, Pérenniser le stockage des médicaments à risque, Systématiser la remise de la lettre de liaison au patient en pneumologie et nutrition, Adapter les accès extérieurs, les circulations destinées aux patients ou encore la signalétique à toutes formes de handicap.

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	010007987	CENTRE HOSPITALIER PUBLIC D'HAUTEVILLE	Rue des Narcisses Bp 41 01110 Plateau d'Hauteville FRANCE
Établissement principal	010000214	CH HAUTEVILLE LOMPNES - UNITÉ ALBARINE	Bp 41 Service qualité 01110 Hauteville-Lompnes FRANCE
Établissement géographique	010000198	UNITÉ INTER - CH HAUTEVILLE LOMPNES	Bp 41 01110 Hauteville-Lompnes FRANCE
Établissement géographique	010000180	UNITÉ ESPÉRANCE - CH HAUTEVILLE LOMPNES	Bp 41 01110 Hauteville-Lompnes 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	30
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	10
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	240
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	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		SSR > plateau technique > SSR
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
5	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
6	Audit système	Dynamique d'amélioration		
7	Audit système	Représentants des usagers		
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
9	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient		Soins Médicaux et de Réadaptation	

10	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG selon la liste fourni par ES
13	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Médecine 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	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG selon la liste fourni par ES

17	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système	Coordination territoriale		
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique injectable ou per os
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système	Leadership		
23	Audit système	QVT & Travail en équipe		
24	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicaments à risques injectable ou per os
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Audit système	Entretien Professionnel		

28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Audit système	Maitrise des risques		
30	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système	Engagement patient		
32	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
34	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

36	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
39	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
40	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicaments à risques et/ou antibiotique injectable ou per os

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

