



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL NORD OUEST
TARARE**

6 boulevard garibaldi
69170 Tarare



Validé par la HAS en Octobre 2023

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 – Octobre 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	19
Annexe 3. Programme de visite	23

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 sous conditions de l'établissement.

Présentation

HOPITAL NORD OUEST TARARE	
Adresse	6 boulevard garibaldi 69170 Tarare FRANCE
Département / Région	Rhône / 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	690782271	HOPITAL NORD OUEST TARARE	6 boulevard garibaldi 69170 TARARE Cedex 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
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **117** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

L'établissement Hôpital Nord-Ouest Tarare-Grandris comprend un service de médecine (61 lits de médecine polyvalente et 12 lits de court-séjour gériatrique), un hôpital de jour de médecine, un service SSR (30 lits), un bloc ambulatoire, un SAU/SMUR, un service de consultations externes et un centre périnatal de proximité.

L'établissement a connu une mobilisation majeure pour la prise en charge, en qualité et sécurité, des patients du COVID (2020 et 2021) ainsi que pour l'organisation de la vaccination. L'établissement de deuxième ligne a pris en charge de nombreux patients en attente de lits de soins continus ou de réanimation.

Le patient est informé tout au long de son séjour. Son expression et son consentement sont généralement recherchés à partir d'une explication des bénéfices/risques, tracée dans son dossier. Son projet de soins, où il est impliqué systématiquement, est établi à son admission, avec si accord l'association des proches, y compris dans son suivi. Des actions d'information sur sa santé se traduisent par des interventions, selon ses besoins, de soins de support (EOH, IDE en pratique avancée pour la diabétologie, équipe d'addictologie). En service SSR, un programme de rééducation ludique sur un parcours de marche (tableaux illustratifs) est proposé au patient, favorisant son autonomie pour le rendre acteur de sa santé. La désignation de la personne de confiance est systématiquement tracée dans le dossier patient, ainsi que les directives anticipées, avec un questionnaire adressé au patient s'il souhaite des informations à ce sujet. Au niveau du centre périnatal de proximité, la parturiente est accompagnée autour d'un projet de naissance. L'accès aux soins palliatifs est facilité selon la décision du patient. La préparation à la sortie est anticipée, avec la délivrance de l'ensemble des documents nécessaires à la continuité de soins, y compris pour les médicaments qui lui sont prescrit et un compte-rendu d'hospitalisation comportant les actes réalisés (transfusion, dispositifs médicaux...). Un passeport ambulatoire, comportant les documents d'information sur la prise en charge, les appels la veille et le lendemain de l'intervention, les risques et les contacts, est transmis au patient (document spécifique adapté pour l'enfant). L'établissement sollicite l'expression du patient à travers les enquêtes E-SATIS et le questionnaire de sortie transmis et expliqué à l'entrée par les professionnels. Malgré un affichage dans chaque service et la remise d'un livret d'accueil/passeport ambulatoire comportant ces informations, les patients rencontrés ne connaissent pas les représentants des usagers ainsi que leurs missions ainsi que les modalités pour soumettre une réclamation et déclarer tout évènement indésirable associés aux soins. Il n'existe pas l'affichage relatif aux recommandations en matière de santé publique au centre de périnatalité de proximité et dans les espaces publiques sur écran (accueil, consultation), ainsi qu'à la charte Romain Jacob (affichage déposé durant la visite). Depuis la visite, l'hôpital dit avoir renforcé l'affichage (notamment à l'entrée, aux urgences et au Centre Péri Natal) et mis en place la diffusion de messages de santé publique sur les écrans présent dans l'espace public.

L'architecture récente (construction datant de 2017) et les pratiques des professionnels permettent le respect de l'intimité et la dignité du patient (portes fermées, chambres spacieuses et individuelle avec salle de bain). Le maintien à l'autonomie du patient est assuré par les professionnels et réévalué à partir d'échelles spécifiques et une stimulation régulière par les professionnels soignants et de rééducation. L'accès aux données patient, contenues dans le dossier patient informatisé (DPI), respectent la confidentialité (écran de veille systématique en l'absence du professionnel). Chaque situation de contention, discutée préalablement avec le patient ou ses proches avant décision, est prescrite tracée et réévaluée. En centre de périnatalité de proximité, le patient mineur est accueilli dans un environnement adapté à sa prise en charge (locaux de consultation, parcours fléchés différencié). Pendant la visite, l'établissement a construit un plan d'action pour améliorer les conditions d'accueil des mineurs en ambulatoire (chirurgie dentaire pour enfants mineurs handicapés psychiques) : achat d'un chariot/lit pour enfant, mise en place d'un programme opératoire adapté pour les enfants et les adultes ne

se côtoient pas en SSPI, mise à disposition de jeux, livres, etc. en salle d'attente. La prise en charge de la douleur est assurée par une évaluation et un suivi tracé dans le DPI. Cependant, cette traçabilité n'est pas systématique, en particulier dans le cadre du « si besoin », où il a été constaté dans un dossier l'absence d'échelle référencée, malgré un protocole établi au niveau institutionnel.

Les proches ou aidants du patient, selon sa décision, sont partie intégrante de sa prise en charge et leur implication est tracée dans les observations médicales du DPI. Dans les situations le nécessitant (fin de vie), un salon des familles est mis à la disposition des proches.

A toute admission, le patient reçoit un accompagnement social si sa situation le nécessite, avec un service social impliqué, en lien avec les acteurs du territoire, facilité par une PASS. Les situations de handicap sont prises en compte par les professionnels. L'établissement a mis en place les conditions architecturales facilitant la circulation des patients porteurs d'un handicap, ainsi que la prise en compte des déficits sensoriels (mis à disposition de casque amplificateur...). Les conditions de vie du patient sont tracées dans le DPI dès l'entrée et prise en compte dans son projet de sortie, avec évaluation des aides techniques et humaines et éventuellement visite à domicile. Par ailleurs, l'assistante sociale participe régulièrement aux staffs quotidiens des services.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Dans les services, des staffs pluriprofessionnels (médecins, soignants, rééducateurs, assistants sociaux) sont organisés tous les matins, avec des échanges sur la prise en charge et évolution de l'état du patient, avec des décisions argumentées. Le projet de soins du patient est élaboré intégrant des compétences professionnelles spécifiques (hypnoanalgésie, acuponcture, ostéopathie, homéopathie) ; le patient peut alors s'inscrire individuellement ou collectivement. L'organisation territoriale opérationnelle permet de solliciter l'HAD en tant que de besoin. Des réunions mensuelles pluridisciplinaires permettent l'étude des dossiers complexes vers la recherche d'alternatives, avec la participation du patient. Pour les prises en charge en ambulatoire, l'équipe s'appuie sur des protocoles de prescriptions spécifiques, intégrés au DPI. En secteur SSR, la pertinence de l'admission est évaluée tout au long du séjour du patient, en tenant compte des besoins du patient, qui sont consignés dans le DPI. L'antibiothérapie s'appuie sur les recommandations pharmaceutiques, avec la collaboration de l'infectiologue de l'Hôpital Nord-Ouest Villefranche et sa réévaluation est paramétrée dans le DPI et tracée. Cependant, les praticiens rencontrés n'ont pas suivi de formation à l'utilisation des antibiotiques. L'information bénéfices/risques relative à la pertinence de la transfusion est tracée dans le DPI.

Toutes les prises en charge ont préalablement un dossier préhospitalier scanné dans le DPI et accessible à tous les professionnels dans le cadre du parcours du patient. Le dossier commun avec l'Hôpital Nord-Ouest Villefranche (direction commune) permet l'obtention d'avis rapides sur l'orientation et la prise en charge du patient. La disponibilité des lits en temps réel sur un logiciel spécifique est accessible au service des urgences, services de médecine et à l'Hôpital Nord-Ouest Villefranche. Le DPI est connu et accessible en temps utile à l'ensemble des professionnels, y compris aux urgences, avec l'ensemble des séjours du patient. Cependant, l'analyse régulière des dossiers par le SMUR n'est pas structurée, mais réalisée de manière informelle. La coordination des professionnels est effective et opérationnelle, à travers de multiples échanges formalisés. L'équipe pluridisciplinaire médico-soignante et de rééducation, établissent un projet de soins et de rééducation personnalisé. La conciliation médicamenteuse est mise en place et opérationnelle (infirmière rattachée à la pharmacie), sur une cible de patients (+ de 75 ans venant des urgences ou avec traitement personnel) et intégré au DPI, avec une analyse des divergences des traitements à l'entrée et à la sortie du patient. Une collaboration au sein de la direction commune a permis de créer des parcours dans certaines spécialités (cardiologie, diabétologie, traumatologie...), afin d'assurer une orientation adaptée du patient. Le DPI unique accessible à tous les professionnels en intra-hospitalier (IDE en éducation thérapeutique pour le diabète et BPCO en lien avec un réseau de ville) et inter-hospitalier facilite les échanges de données dans le recours aux réseaux d'experts et le recours à la télésanté formalisé est utilisé par certains professionnels. Une réunion hebdomadaire entre les équipes du bloc opératoire et le service ambulatoire permet de vérifier la planification opératoire, qui est uniquement du programmé et la complétude du dossier péri opératoire. La check-list est opérationnelle et un audit a été réalisé sur sa complétude, suivi d'actions d'amélioration. Six lits sont identifiés en soins palliatifs. Dans les situations nécessitant des soins palliatifs sont accompagnées par les professionnels médico-soignants. La sortie du patient à domicile est anticipée et accompagnée des documents nécessaires à la continuité de soins, en associant le médecin traitant.

L'identitovigilance est respectée par les professionnels, à travers les procédures connues et leurs comportements vigilants.

Les correspondants vigilants sont connus des professionnels, ainsi que les circuits de signalement.

Les bonnes pratiques de prescription et dispensation sont respectées. L'administration des médicaments répond aux bonnes pratiques respectées par les professionnels. Le circuit du médicament à risque est globalement sécurisé. Cependant, son identification n'est pas assurée jusqu'à son administration (logo

signifiant le médicament à risque jusque dans l'armoire de dotation globale pour la préparation des piluliers, mais absence d'alerte lors de l'administration ; une demande d'évolution a été faite auprès du développeur du logiciel pour faire apparaître un logo indiquant que tel médicament est un médicament identifié comme à risque). L'approvisionnement et l'accès aux médicaments est assuré par la pharmacie. Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées (pour les toxiques : boîtes sécurisées). Le bilan thérapeutique s'appuie sur des protocoles de bonnes pratiques et arbre décisionnel dans certains domaines. Une réévaluation du projet de soin en concertation avec les différents professionnels concernés est tracée dans le DPI. Cependant, en secteur ambulatoire, le bilan thérapeutique n'est pas réalisé à l'entrée et ne figure pas dans la lettre de liaison du patient. Les équipes ne maîtrisent pas totalement le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie.

La sécurité transfusionnelle est maîtrisée à toutes ses étapes, à travers des protocoles connus des professionnels, un dépôt de sang très sécurisé, un suivi des taux de destruction et la gestion d'incident opérationnelle (contrôle ultime).

Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'hygiène des mains, avec des solutions hydro alcooliques mises à disposition. L'équipe opérationnelle d'hygiène et les référents assurent régulièrement des audits sur les précautions standards et complémentaires dans tous les services de soins et médico-techniques assurant un dispositif structuré et opérationnel traduisant une culture de l'évaluation de ce risque. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie lors de gestes invasifs (protocoles adaptés à chaque chirurgie, prescription en consultation d'anesthésie, vérification sur la check-list). Les formations périodiques sur le respect des bonnes pratiques relatives à la prévention du risque infectieux liés aux dispositifs invasifs ou dispositifs réutilisables sont suivies par les professionnels. Cependant, les équipes n'évaluent ses pratiques en matière de maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs. Les équipes de bloc opératoire respectent les règles d'hygiène du secteur. Les campagnes vaccinales sont organisées par l'équipe opérationnelle d'hygiène (intervention au relèves, affichage, référents grippe, infirmière mobile pour vaccination) et le service de santé au travail.

La recherche des risques de dépendance iatrogène est réalisée et tracée dans le DPI en médecine, mais pas en SSR.

Chaque examen d'imagerie est tracé dans le DPI, avec le dosage reçu par le patient. Cependant, le patient ne reçoit pas d'explication sur la conduite à tenir en cas d'incident.

Les sorties en ambulatoire sont validées par le praticien.

Le transport intra hospitalier est structuré (téléphone dédié à chaque service de soins), avec des professionnels compétents (aides-soignants formés à l'hygiène, confidentialité et geste d'urgence).

Au cours des trois années précédentes, l'établissement a connu un fort taux de renouvellement des personnels soignants et de l'encadrement dans un contexte sanitaire marqué par l'épidémie de COVID-19. Ainsi, les équipes médicales échangent sur certains résultats cliniques, mais de manière informelle et sans traçabilité ni méthodologie. En secteur ambulatoire et en imagerie médicale, des enquêtes ciblées de satisfaction du patient ont été menées à l'initiative des équipes, avec des actions d'amélioration. Cependant, l'ensemble de ces démarches n'ont pas intégré la démarche qualité et sécurité des soins à l'échelle de l'établissement. Bien que les résultats des IQSS soient affichés dans les services, certains professionnels rencontrés ne connaissent pas les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) et n'assistent pas à des revues régulières de leur analyse. D'autres ont mis en place des actions d'amélioration basées sur les résultats d'IQSS qui les concernent, à la suite de leur participation à des audits de dossiers en novembre 2022. En médecine, des groupes de travail spontanés ont produit des protocoles non formalisés à partir de l'identification de dysfonctionnements. Cependant, l'ensemble de ces démarches n'ont pas intégré la démarche qualité et sécurité des soins à l'échelle de l'établissement. L'équipe n'est pas toujours associée à l'analyse des événements indésirables associés aux soins, même en étant déclarant ; analyse gérée par le comité fiche d'évènement indésirable. Le cadre de santé participe à certaines analyses qui concernent son service. Le plan d'action n'est pas suivi et toujours connu par l'équipe de soins concernée, mais par la cellule qualité/gestion des risques. A ce titre,

l'établissement a établi durant la visite un plan d'actions « gouvernance et appropriation de la démarche qualité par les équipes ». L'équipe d'endoscopie a réalisé un audit de pratiques portant sur la check-list (conformité de la traçabilité des endoscopes utilisés), ce qui a fait l'objet d'actions d'amélioration. Le laboratoire d'analyse médicales, prestataire externe, n'a pas fait l'objet d'analyse suivie d'actions d'amélioration formalisées. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mises en place selon les besoins. Cependant, les radiologues ne participent pas à des réunions de concertation pluridisciplinaire ; seuls des avis sont donnés sur le DPI.

Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement a développé des partenariats opérationnels avec l'Hôpital Nord-Ouest Villefranche, dans le cadre de la direction commune et du GHT, ainsi qu'avec les acteurs du territoire pour fluidifier le parcours patient. Des relations médicales étroites ont permis la création de parcours patient (traumatologie, insuffisance cardiaque et respiratoire, diabète et addictologie), en favorisant des entrées directes pour les personnes âgées. L'établissement s'implique dans les communautés professionnelles territoriales de santé, en se rapprochant des médecins de ville et facilite son accessibilité (numéro unique pour les praticiens et utilisation d'une messagerie sécurisée). Cependant, la recherche clinique n'est pas promue au sein de l'établissement. L'établissement participe aux enquêtes E-SATIS. Des démarches ponctuelles complémentaires au questionnaire de sortie sont développées pour recueillir l'expérience patient dans certains services (secteur ambulatoire, imagerie, interventions de l'infirmière en pratique avancée en cardiologie et diabétologie). Cependant, certains professionnels rencontrés ne connaissent pas les résultats des enquêtes de satisfaction. Les représentants des usagers sont invités à tous les CPQR où sont présentées les analyses des enquêtes de satisfaction et leurs avis est pris en compte. Il n'existe pas de projet des usagers. L'établissement centre sa communication autour du patient (formation des professionnels à l'écoute active, communication des plaintes et réclamations aux instances, professionnels identifiés). La culture de bientraitance est promue dans l'établissement, à travers les comportements professionnels (mise en place des modalités d'écoute et des circuits d'alerte). Une conduite à tenir en cas de situation de maltraitance est formalisée dans la gestion documentaire, mais les professionnels ne la connaissent pas. L'établissement évalue les risques a posteriori impactant sur la bientraitance, ainsi que le repérage de situations de maltraitance, à travers les questionnaires de satisfaction, les événements indésirables, les plaintes, le document unique, avec mise en place d'actions d'amélioration ciblées. Toutefois, il n'y a pas d'évaluation globale des repérages de ces situations de maltraitance sur une approche a priori. La structure de l'établissement facilite l'accès à toute forme de handicap, hormis pour les déficients visuels. Toute demande d'accès au dossier patient est tracée et évaluée. L'établissement n'est pas porteur de missions de recherche clinique. Les représentants des usagers sont invités aux instances de l'établissement et ont la possibilité de s'exprimer sur le fonctionnement de l'établissement lors des instances où sont présentés les projets, les plaintes et réclamations, les EI... Une proposition de projet des usagers est à l'étude de la CDU depuis décembre 2021. L'établissement n'a pas décliné sa politique qualité et sécurité des soins en actions concrètes sur le terrain, impliquant les professionnels. Des professionnels investis développent des initiatives sur la sécurité des soins à l'échelle de leur service sans dimension institutionnelle. A ce titre, après un turn-over d'une majorité de cadres, un projet est en cours pour accompagner l'encadrement (formation coaching de deux cadres supérieurs de santé, formation des cadres à la conduite de projet, dispositif d'accompagnement des faisant-fonction de cadre), afin de mieux appréhender le management d'équipe. Le développement de la culture sécurité s'est traduite par des formations (audits croisés, chambre des erreurs, escape-game sur le nerver-event), mais la culture qualité et sécurité des soins n'a pas été évaluée. L'adéquation entre les besoins et les ressources humaines est organisée (pool de remplacement, effectif par service augmenté de 10%, recours aux volontaires pour des heures supplémentaires) et suivie (cellule hebdomadaire de gestion des effectifs, politique d'attractivité).

La solidarité au sein des équipes favorise le travail en équipe. Cependant, les professionnels rencontrés n'ont pas suivi d'accompagnement pour favoriser le travail en équipe, hormis l'encadrement. Les compétences sont régulièrement évaluées (entretien annuel), mais il n'existe pas de programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences proposé aux professionnels. Un comité éthique, dans le cadre de la direction

commune, est opérationnel, dont le président est un praticien de l'établissement. Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés notamment autour des droits des patients et de la limitation de traitement. Cependant, il n'a pas eu d'état des lieux sur le questionnement éthique partagé avec les professionnels et les représentants des usagers.

La gouvernance propose chaque année un plan d'investissement où les professionnels sont sollicités sur leurs besoins d'amélioration de leur environnement de travail, avec la participation des organisations syndicales. Cependant, il n'existe pas de démarche QVT intégré au projet social, construite à partir d'un questionnaire de satisfaction auprès des professionnels. Les conflits interpersonnels sont encadrés d'un dispositif de médiation (psychologue).

La gestion des tensions hospitalières est effective et la période COVID a permis la sensibilisation des professionnels à ces situations. La cyber-attaque subie par la direction commune a permis une appropriation par les professionnels des procédures alternatives et une sensibilisation à la vigilance sur la sécurité numérique. L'organisation des accès du bâtiment est sécurisée (accès par badge, agent de sécurité la nuit, placards sécurisés en chambre). La procédure d'urgence vitale, avec un numéro unique, est structurée et connue des professionnels formés régulièrement et les chariots d'urgences scellés sont harmonisés. Dans le cadre du développement durable, un diagnostic a été établi, avec un référent nommé, mais le plan de maîtrise n'a pas été élaboré.

L'établissement favorise les recommandations de bonnes pratiques, à travers leurs diffusions aux instances (CME). Cependant, il n'existe pas de veille documentaire à ce sujet, ni d'évaluation sur la pertinence des admissions ou séjours dans les services de soins. Le programme d'amélioration de la qualité s'appuie sur l'expérience patient. Cependant, les représentants des usagers ne sont pas intégrés à ce programme. Les résultats des IQSS sont partagés au sein des instances et affichés dans les services, avec un programme d'action géré par la cellule qualité/gestion des risques. Les professionnels et les représentants des usagers connaissent les événements indésirables associés aux soins. Cependant, l'analyse n'est pas réalisée collectivement, impliquant le déclarant et les rapports d'analyse ne sont pas connus des professionnels. L'organisation en aval des urgences est organisée (logiciel permettant le suivi en temps réel des lits disponibles sur la direction commune), ce qui permet la fluidité du parcours intra-hospitalier. L'hôpital a défini en visite un plan d'action pour impliquer plus les 2023 (référents qualité dans les services, réunions mensuelles...).

La Commission de certification a prononcé une certification sous conditions au regard :

De l'absence d'identification du caractère « à risque » médicament à risque à l'administration Malgré la réaction en visite, de l'environnement partiellement adapté pour le mineur en chirurgie ambulatoire. De l'insuffisante connaissance de la conduite à tenir en cas de situation de maltraitance en son sein par les professionnels. La prise en compte partielle de l'avis des représentants des usagers sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients. L'insuffisante appropriation de la culture qualité par les professionnels et du suivi du plan d'actions. Pour autant, la Commission de certification souligne la dynamique globale portée par l'établissement et plus particulièrement sa réactivité. La pérennité de celle-ci sera évaluée lors d'une nouvelle visite.

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	690782271	HOPITAL NORD OUEST TARARE	6 boulevard garibaldi 69170 TARARE Cedex FRANCE
Établissement principal	690000625	HOPITAL NORD OUEST TARARE	6 boulevard garibaldi 69170 Tarare 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	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	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	2,407
Nombre de passages aux urgences générales	21,021
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	60
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	205
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	6
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	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	2
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			SMUR - Urgences
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Maternité	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète	

			Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
8	Audit système			
9	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
10	Audit système			
11	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
12	Audit système			
13	Traceur ciblé			Per opératoire/Antibioprophylaxie
14	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaire
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Maternité	
16	Audit système			
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	

18	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
19	Traceur ciblé			Prescription PSL
20	Traceur ciblé			EI critique
21	Traceur ciblé			Transport interne assis ou couché entre 2 services ou un service vers Imagerie ou SSR et plateau technique ou service et bloc
22	Audit système			
23	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité	

28			Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
33	Audit système			

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

