



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL DE L'
ARBRESLE**

206 Chemin du Ravatel
69210 L'Arbresle



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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

HOPITAL DE L' ARBRESLE	
Adresse	206 Chemin du Ravatel 69210 L'Arbresle FRANCE
Département / Région	Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	690000104	ASSOCIATION HOSPITALIERE DE L'ARBRESLE	Service DIRECTION 206 CHEMIN DU RAVATEL 69210 L'ARBRESLE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

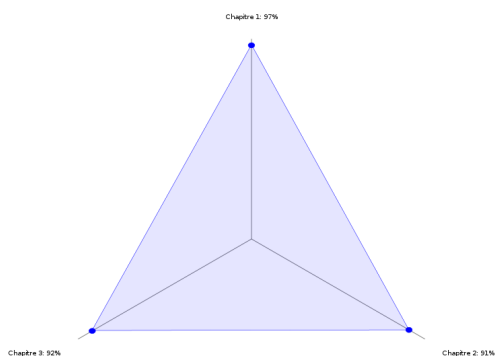
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

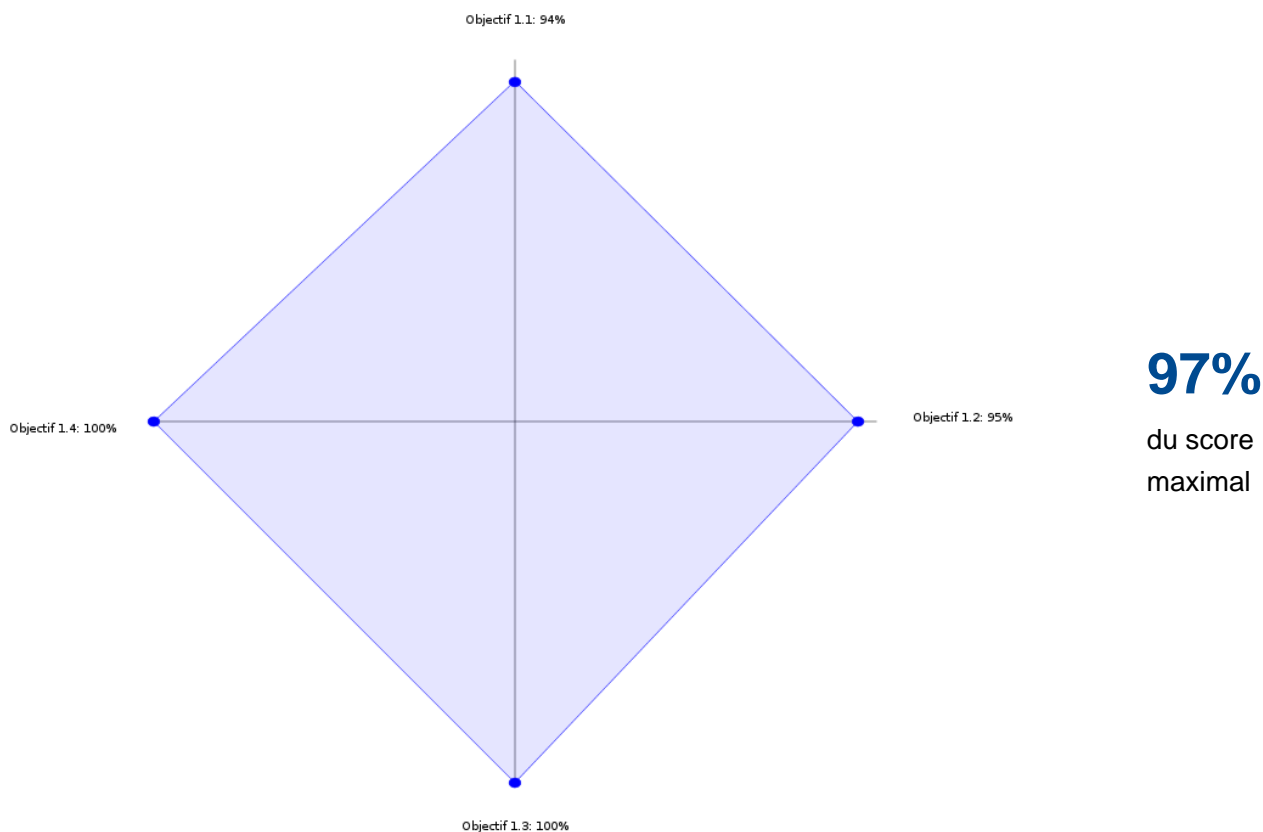
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

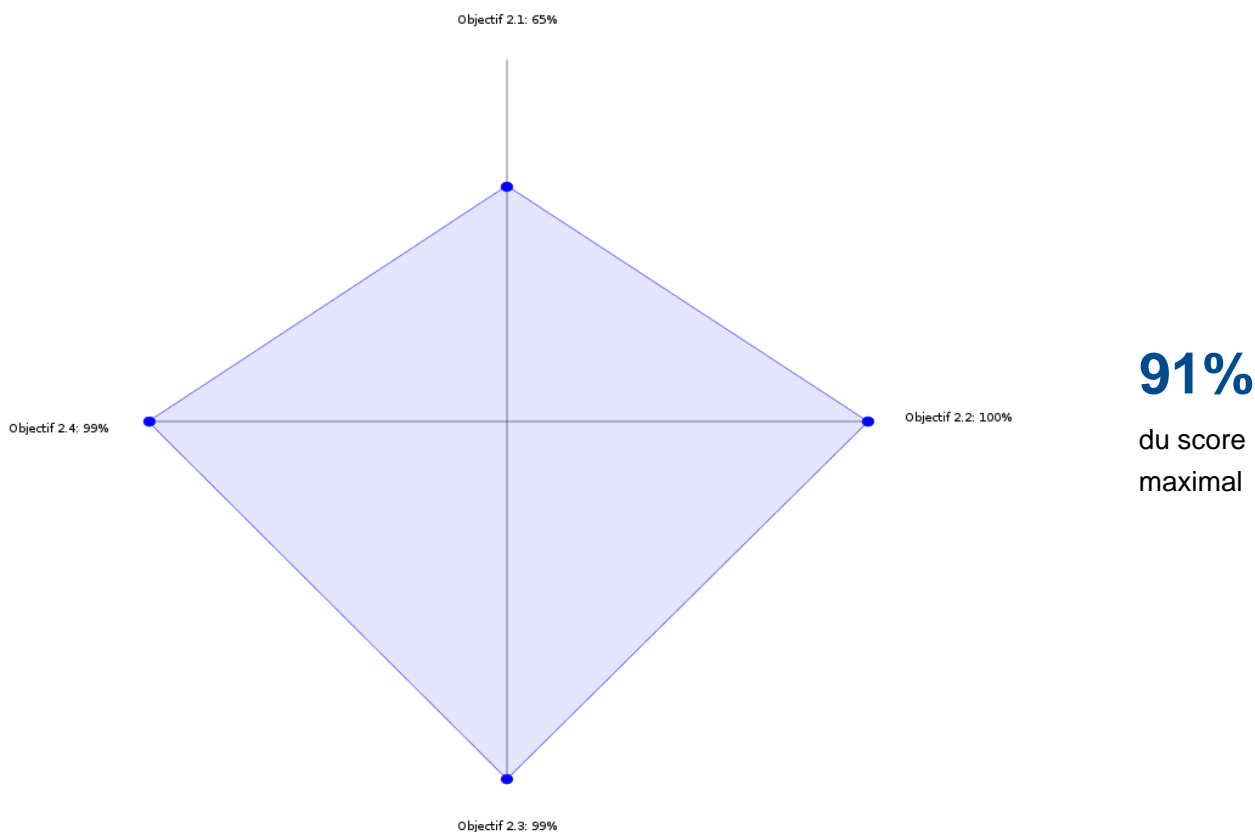


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	94%
1.2	Le patient est respecté.	95%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient admis à l'hôpital de l'Arbresle fait l'objet d'une prise en charge globale. Il est informé sur les conditions de son séjour lors des consultations précédant son admission comme c'est le cas en addictologie ou à son arrivée s'il s'agit de transferts d'autres établissements. Son consentement libre et éclairé est recherché avant tout acte de soins ou avant son séjour, dans le cas où un engagement pour une démarche volontaire de sevrage est requis. Le projet de soins proposé engage alors le patient. Il est également informé de la possibilité de désigner la personne à prévenir, la personne de confiance de son choix et la possibilité de communiquer ses directives anticipées. La traçabilité de ces éléments est retrouvée dans son dossier. Une information plus large est apportée par la voie du livret d'accueil ou par voie d'affichage au sein du service. On retrouve notamment, la charte des droits du patient, la charte Romain Jacob et des messages de santé publique. Les

modifications de traitement en cours de séjour sont expliquées notamment, lors de la préparation de la sortie. Lors de la visite, il a cependant été constaté que certaines informations données, n'étaient pas toujours connues ou comprises des patients. C'est notamment le cas de l'existence d'un représentant des usagers et des modalités de contact avec celui-ci. Il en est de même sur les possibilités de déposer une réclamation ou de signaler un évènement indésirable associé aux soins. Ce constat ouvre des pistes d'amélioration afin que le patient soit informé d'une manière plus appuyée, par d'autres voies que la communication écrite. Le patient peut exprimer sa satisfaction par la réponse au questionnaire de sortie et à l'enquête E-SATIS. Le taux de retour de cette dernière enquête ne permet cependant pas une valorisation parfaitement exploitable. Si l'expérience du patient, différente de l'expertise, est prise en compte, on ne retrouve pas de questionnaire spécifique sur cette thématique qui permettrait d'en faire un outil d'amélioration des soins. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. Il existe une majorité de chambres seules et les chambres doubles sont dotées de rideaux de séparation. Les équipements permettent la prise en charge du handicap et le maintien de l'autonomie est recherché par les équipes après évaluation. Pour exemple, le dossier patient comporte une signalétique permettant de confirmer la capacité du patient à la prise de ses médicaments. La confidentialité des informations est préservée. Beaucoup de personnes âgées sont rassurées de pouvoir maintenir leur porte entr'ouverte. Cette volonté est prise en compte et fait l'objet d'une signalétique dédiée. La prise en charge de la douleur et sa réévaluation sont tracées. La contention mécanique par pose de barrière ne répond pas à tous les attendus : la prescription n'est pas toujours argumentée. La motivation ayant conduit à cette contention, l'échec de solutions alternatives et l'évaluation bénéfique/risque n'ont pas été tracés sur certains dossiers audités. La réévaluation du bien-fondé de la contention est tracée. Cette traçabilité est toutefois récemment mise en place avec une périodicité de 3 semaines, sans encadrement par une procédure écrite connue des professionnels, prenant en compte l'USLD lieu du constat, ni document de suivi validé en qualité. Les proches et les aidants sont associés chaque fois que nécessaire et avec l'accord du patient à la mise en œuvre du projet de soins. Leur présence est facilitée quand la situation du patient le nécessite, y compris en dehors des horaires de visite. Les conditions de vie et de lien social de la personne hospitalisée et notamment de la personne âgée sont pris en compte. En addictologie, une psychologue est attachée à cette spécialité et une assistante sociale intervient chaque fois que nécessaire. L'équipe de liaison et de soins dans cette discipline est présente un vendredi sur deux. Les activités de groupe sont organisées : activité physique adaptée, sport, art-thérapie. Ces activités sont susceptibles d'être pérennisées après la sortie et participer ainsi au renforcement du lien social. Des aides utiles au développement de ce lien social sont également apportées sous forme d'ateliers : sophrologie, estime de soi, gestion des émotions, par exemple. Pour les patients de médecine et de SSR, une assistante sociale peut permettre la mise en relation de la personne qui le souhaite avec les services sociaux dont dépend son lieu de vie. La sortie est préparée en équipe en lien avec les professionnels de santé et prestataires externes pour assurer les conditions d'un retour à domicile sécurisé. La sortie est aussi organisée avec un établissement d'aval, Ehpad ou autre structure d'accueil lorsque cette option est retenue. Toutes les informations utiles sont alors communiquées à l'établissement d'accueil.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



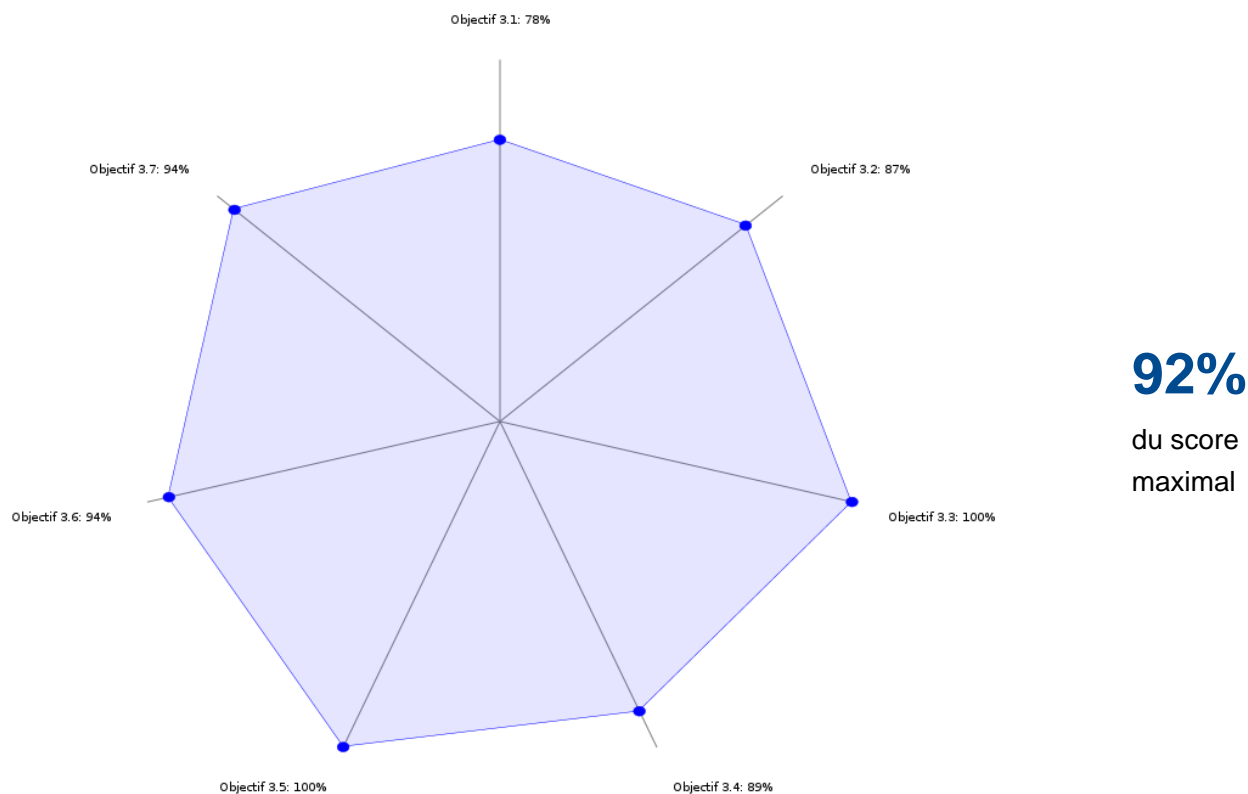
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	65%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	99%

La pertinence des admissions et des parcours est argumentée au sein de l'équipe mais comporte toutefois des axes d'amélioration possibles. Il existe une commission d'admission qui permet de vérifier la capacité de l'établissement à prendre en charge le patient adressé. La pertinence des admissions est vérifiée à l'aide d'un indicateur de suivi des retours à 48H dont le taux est très réduit. L'adéquation entre charge de travail et effectifs présents est vérifiée pour le maintien de la qualité des soins attendue. Les remplacements de professionnels absents sont réalisés pour maintenir au mieux les effectifs requis. L'analyse des possibilités de recours à l'HAD n'est toutefois pas prise en compte de manière systématique, structurée et tracée au regard d'un inventaire des ressources alternatives s'offrant au patient et partagée avec les services de l'HAD. La pertinence du recours aux produits sanguins labiles (PSL) n'est pas analysée et tracée dans les dossiers audités. Le suivi de

l'administration est reporté sur 2 documents pour la traçabilité du même évènement conduisant à des erreurs de transcription observées durant la visite. (dates de réalisation de l'acte transfusionnel divergentes et divergence d'information sur les deux supports relatifs au nombre de poches de concentrés globulaires administrés.) Les médecins de l'établissement et les internes ne sont pas tous formés à l'antibiothérapie. Un référent en antibiothérapie est cependant disponible sur le site. De plus, un document d'aide à la prescription et un site dédié permettent une aide au prescripteur, renforcée par l'analyse pharmaceutique opérée par le pharmacien. En cas de besoin, l'avis d'un infectiologue d'un établissement de référence peut être demandé. Le dossier patient est accessible à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient en lecture et en écriture en fonction des habilitations. Toutes les informations utiles sont intégrées : antécédents, examen clinique, allergies et traitements sont notamment retrouvés. Des réunions pluriprofessionnelles sont organisées à périodicité définies, notamment sur le service d'addictologie. Si besoin les professionnels peuvent bénéficier de la venue d'une équipe mobile de soins palliatifs. Les éléments relatifs au suivi de la personne sont tracés. Il existe par ailleurs, au sein de l'établissement, de nombreuses consultations spécialisées permettant une sécurisation complémentaire des prises en charge. Le domaine du médicament ne bénéficie pas encore d'une conciliation ni d'un repérage organisé des secteurs et des profils de patients pour lesquels cette action serait nécessaire. La sortie est organisée et permet au patient la continuité des soins lors de son retour à domicile. Dans les dossiers audités, le patient bénéficie d'une lettre de sortie remise en main propre, adressée au patient et intégrée dans le dossier médical partagé. Cependant cette pratique mérite une consolidation dans le temps. En effet, les relevés des IPAQSS de 2019 et de 2022 montrent un indicateur fortement dégradé sur cette thématique. La CME s'est récemment emparée de cette problématique et des progrès sont enregistrés. Le DPI devrait faciliter le respect des attendus dans ce domaine. Le risque infectieux est maîtrisé. Il existe au sein de la structure un CLIN, une équipe opérationnelle d'hygiène et des correspondants dans les unités de soins. Ces derniers bénéficient d'une fiche de mission et d'un temps dédié de formation. Ils participent aux différents audits en lien avec l'infirmière hygiéniste positionnée en temps partagé entre l'hygiène et le DPI. Les équipes, anciens comme nouveaux arrivants, sont formées à la maîtrise du risque infectieux. Les circuits du linge et des déchets sont organisés. Les précautions standards et les précautions complémentaires sont connues et mises en œuvre. L'environnement du patient est propre et l'entretien des locaux réalisé en conformité avec les bonnes pratiques. L'établissement lutte contre la légionelle en réalisant des chocs thermiques périodiques préventifs sur les circuits d'alimentation d'eau et les pommeaux de douche sont régulièrement changés. Les transports internes sont organisés. Les brancards et fauteuils de transports sont désinfectés. La brancardière a été formée à sa mission en 2021. Les suppléants le sont également. Dans le domaine du médicament, les médicaments à risque sont recensés et les professionnels sensibilisés à la nature de ces risques et aux précautions et surveillances nécessaires. Cependant, lors de la visite d'une unité de soins des seringues d'anticoagulant portaient le numéro de lit du patient comme seul identifiant. Suite à la mise en évidence du risque d'erreur d'administration généré par cette pratique, l'établissement a fait preuve de réactivité et mis en place des étiquetages comportant l'identité du patient. Un audit relatif à la prescription médicamenteuse de la personne âgée a été réalisé en début 2023. Il a permis la mise en évidence de points de vigilance : nombre de psychotropes prescrits, quantité de paracétamol prescrite par jour, précision des posologies, répartitions des doses sur la journée, suivi du poids des patients. La consommation d'antibiotiques par familles est suivie dans les différents secteurs. Les précautions et la limitation d'utilisation d'un antibiotique chez les personnes âgées en raison des risques majorés d'effets indésirables ont pu être rappelées. Un audit sur la prescription d'antibiotiques a permis de mettre en évidence des pistes d'amélioration : scores de réévaluation de l'antibiothérapie à 48/72 heures et constat d'effets secondaires liés (syndrome confusionnel, colite). On note également des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) : pertinence de la prescription des compléments alimentaires, prise en charge de la douleur en lien avec les IQSS, accompagnement des fins de vie, prévention du risque infectieux. Les évènements indésirables sont traités en cellule d'analyse des fiches d'évènements indésirables (FEI). Elle se réunit mensuellement et assure un suivi des fiches préalablement analysées. L'établissement est en lien étroit avec le laboratoire d'analyses médicales avec lequel une

convention est signée. Le biologiste est invité à participer au CLIN. Des échanges réguliers permettent de s'assurer de la qualité des résultats transmis. L'imagerie est réalisée auprès de plusieurs partenaires externes qui garantissent des résultats conformes aux bonnes pratiques. On ne retrouve pas de participation physique des imageurs dans le cadre de RCP par exemple.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	78%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

L'hôpital de L'ARBRESLE est un ESPIC de 141 lits dont 50 lits d'EHPAD (hors périmètre de visite). Il est porté par l'Association hospitalière de L'ARBRESLE, adossé depuis fin 2022 au groupe SOS Santé. Il dispose de 3 pôles d'activités principales : Un Pôle d'addictologie : consultation, équipe de liaison en soins addictifs, SA, médecine sevrage de niveau 2, Hôpital de jour (autorisations portées par le CHS de St Cyr Au Mont d'Or) Un

Pôle de Gériatrie: Médecine, SSR, USLD, EHPAD Un Pôle de consultations dont un Centre Périnatal de Proximité avec Gynéco-obstétrique, préparation à la naissance, pédiatrie) et autres consultations (urologie, échodoppler...) L'établissement est positionné dans un bassin de population de 300 000 habitants. Il est membre de la communauté professionnelle de territoire des Monts du Lyonnais avec laquelle il a passé convention. Cette CPTS compte 300 professionnels libéraux. L'établissement est par ailleurs partenaire du GHT Rhône nord- Beaujolais-Dombes. Il dispose de conventions de partenariat en addictologie, de conventions ELSA et Comité de protection des personnes (CPP). Enfin, il prend en charge des patients adressés par les cliniques de la métropole lyonnaise et des HCL. L'établissement contribue à prévenir le passage des personnes âgées aux urgences en cas de nécessité de transfert vers des établissements spécialisés. Les professionnels de l'établissement peuvent être joints aisément par la médecine de ville, les établissements de soins et les services sociaux. L'hôpital de L'Arbresle n'a toutefois pas développé, ni ne s'est associé, à des programmes de recherche clinique. L'établissement recueille le niveau de satisfaction des patients par l'exploitation du questionnaire de sortie. Le dispositif E-Satis est en place, toutefois les taux de retour restent insuffisants pour une publication des résultats. Un questionnaire de satisfaction a été utilisé par le représentant des usagers. Les professionnels sont sensibilisés à la lutte contre la maltraitance et à la bientraitance. Ils connaissent les circuits d'alerte en cas de maltraitance. Des exercices de mise en situation sont réalisés en lien avec la psychologue. L'accès du patient à son dossier est organisé. Un suivi des délais de transmission est en place. La commission des usagers est informée de ce suivi. L'accès aux soins pour les personnes vulnérables fait l'objet d'une attention particulière. Les différents services sont accessibles aux personnes handicapées. L'expertise patient est en partie valorisée. Un patient expert formé, assure 3 ateliers par semaine (Estime de soi). Les patients ne sont cependant pas encore associés à des RMM, CREX ou analyse des erreurs. Les PREMS ET PROMS ne sont pas développées dans le cadre d'une méthodologie de recueil structurée. L'établissement ne participe pas à des essais cliniques, ce qui ne favorise pas l'accès aux innovations pour les patients. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Les responsables ont reçu une formation au management. Ils sont en capacité d'intervenir auprès des équipes en cas de situations difficiles ou de tensions. En 2023, 11 personnes sont inscrites au plan de formation sur le thème de la médiation. De nombreux référents sont désignés et formés dans les domaines de l'hygiène, douleur et soins palliatifs, bientraitance et éthique, manutention et chutes, protections, pharmacie, transmissions ciblées, certification, Clan et tutorat, notamment. La gouvernance s'assure de l'équilibre des ressources humaines en lien avec le niveau d'activité au mieux des possibilités. En cas d'absentéisme des effectifs de compensation sont mobilisés : heures supplémentaires, vacataires, intérim. Les professionnels remplaçants rencontrés lors de la visite ont bénéficié de l'encadrement nécessaire à la continuité des soins. Enfin, une enquête sur la culture de la sécurité des soins a été conduite en début d'année. Elle met en évidence les points forts et des points d'amélioration à conduire du point de vue des professionnels. Ces points d'amélioration restent à objectiver pour la mise en place éventuelle d'actions d'amélioration. L'état des effectifs en situation de nuit ou le week-end y est notamment évoqué. Un comité d'éthique a été récemment mis en place pour une approche collective des problèmes éthiques recensés au sein de l'établissement. La coordinatrice des soins et 2 IDE sont inscrites à la journée d'éthique. Les temps médicaux et para médicaux sont synchronisés et facilitent le travail en équipe. Des réunions ou temps de relève permettent des échanges autour de la prise en charge des patients pour des actions concertées. Les transmissions des soignants, médecins et rééducateurs tracées dans le DPI confortent ces échanges. Une réflexion collaborative relative à la répartition des horaires de travail est engagée. Il n'existe cependant pas de démarche de type PACTE (Programme d'amélioration continue du travail en équipe). Une démarche QVT est en place. Un questionnaire de satisfaction des équipes alimente cette démarche. Les professionnels bénéficient d'un entretien biannuel qui permet de définir les besoins en formation et l'accompagnement des projets professionnels. Un groupe de réflexion a été mis en place. Il comprend un représentant de chacune des professions et 4 membres élus parmi les représentants du personnel. Une charte de fonctionnement existe, de même que les indicateurs de suivi des actions décidées. En cas de difficultés inter personnelles un soutien peut être apporté aux équipes par l'encadrement. La psychologue peut intervenir en

cas de situations difficiles en lien avec les patients. Des aides individuelles respectant la confidentialité sont aussi disponibles. Un professionnel formé est désigné référent dans le domaine du harcèlement.

L'établissement a répertorié l'ensemble des risques auxquels il est exposé. Les risques liés aux patients ont également été recensés. Les risques professionnels sont décrits dans le document unique. Le plan Blanc connu des professionnels est en place. Une cellule opérationnelle de gestion de crise est constituée. Un entraînement annuel a été réalisé. Pour limiter le risque de contagion, des isolements sont possibles par chambre ou par secteur. Le risque numérique fait l'objet d'un encadrement particulier avec mise en place d'une charte opposable aux utilisateurs. Des mots de passe individuels pour l'accès au DPI sont renouvelés à périodicité définie pour les titulaires et désormais aussi pour les remplaçants. Les professionnels connaissent les conduites à tenir en cas d'atteinte à la sécurité informatique. L'établissement a désigné un référent de développement durable. Cependant un diagnostic initial de développement durable n'a pas encore été réalisé. Les équipes sont formées à la prise en charge des situations d'urgence vitale. Un exercice annuel a été mis en place. Toutefois, le chariot d'urgence du rez-de-chaussée couvre l'unité de soins et le secteur des consultations. Ce secteur comprend notamment les consultations de pédiatrie et le suivi péri-natal. Le chariot d'urgence ne comporte aucun élément de prise en charge adapté à ces disciplines : absence de produits médicamenteux à usage et dosage pédiatrique, absence de masques de ventilation adaptés à la taille d'un enfant. Absence de canules de Guedel et autres dispositifs médicaux requis. Seul le défibrillateur situé à proximité du chariot dispose d'électrodes à usage pédiatrique. Les bonnes pratiques sont promues par les responsables des secteurs médicaux et paramédicaux. Une veille documentaire permet de diffuser les recommandations et évolutions réglementaires. Comme indiqué précédemment, le taux de transfert à 48h des patients admis est suivi et permet de mesurer la pertinence des admissions. Les indicateurs qualité sont connus des professionnels et affichés dans les services. Les événements indésirables sont traités en cellule d'analyse des FEI. Elle se réunit mensuellement et assure un suivi des déclarations préalablement analysées. Des retours d'expérience (RETEX), et revues des erreurs médicamenteuses sont organisés. Les événements indésirables graves font l'objet d'analyses approfondies, lesquelles conduisent, le cas échéant, à une actualisation de la cartographie des risques avec mises en place d'actions de prévention, formations et informations des instances et notamment de la commission des usagers. Les actions d'amélioration mises en place font l'objet d'un suivi. Dans un autre domaine, les équipes rencontrées ne connaissent pas, le plus souvent, les recommandations issues de la commission des usagers. La mise en place d'un projet des usagers comportant des actions et des indicateurs de suivi, permettra pour une part, une communication plus structurée sur cette thématique. L'établissement porte une dynamique d'amélioration dans de nombreux domaines où les professionnels de terrain, encadrements et qualitatifs sont engagés. Il dispose des acteurs, outils et méthodes nécessaires à la maîtrise des marges d'amélioration mises en évidence. 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 ? : Améliorer le suivi des contentions mécaniques et sa traçabilité ; Revoir le suivi d'administration des produits sanguins labiles.

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	690000104	ASSOCIATION HOSPITALIERE DE L'ARBRESLE	Service DIRECTION 206 CHEMIN DU RAVATEL 69210 L'ARBRESLE FRANCE
Établissement principal	690780150	HOPITAL DE L'ARBRESLE	206 Chemin du Ravatel 69210 L'Arbresle FRANCE
Établissement géographique	690802061	HOPITALDE L'ARBRESLE- SLD	Ravatel Bp 116 69210 L'Arbresle FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	25
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	11
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	13
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	26
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			EI et EIG
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète	

			Médecine	
7	Traceur ciblé			Médicaments à risque/antibiotiques per os ou injectables
8	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
9	Audit système			
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
12	Traceur ciblé			Transport
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Traceur ciblé			PSL
17	Traceur ciblé			Médicaments à risque per os ou injectables

18	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Soins de longue durée</p>	
19	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p>	
20	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
21	Audit système			
22	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
23	Traceur ciblé			Antibiotiques à risque per os ou injectables
24	Audit système			
25	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p>	

			Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
26	Audit système			
27	Audit système			

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

