



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DU HAUT BUGEY**

1 route de veyziat
Cs20100
01117 OYONNAX



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 2024

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 2024	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

CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	
Adresse	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX Cedex 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	010008407	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX 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
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 longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **118** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Les patients pris en charge au centre hospitalier du Haut Bugey, sur le site principal et sur le site accueillant l'unité de soins de longue durée (USLD), bénéficient d'une information claire et appropriée à chaque étape de leur prise en charge, permettant leur consentement aux soins proposés. Une attention particulière à la qualité des informations, à leur reformulation, à la traçabilité des échanges et à la capacité donnée aux patients à être acteurs de leur prise en charge a été observée dans la majorité des services visités, notamment en pédiatrie, en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), en gériatrie, en chirurgie ambulatoire, lors des prises en charge palliatives et en SLD, en préparation de leur admission mais également au cours de leur séjour. A la maternité, l'élaboration d'un projet de naissance est systématiquement proposée aux futurs parents. L'information concernant les dispositifs médicaux implantés est particulièrement efficiente, avec la remise systématique d'une fiche de traçabilité aux patients concernés. L'information de l'acte transfusionnel et des modalités de suivi post-transfusionnel est systématique. Cependant, la qualité des informations délivrées reste à améliorer sur certains secteurs, et pour certaines informations. Ainsi, lorsque le patient est accueilli en UHCD en attente de décisions concernant son orientation future, les informations sur le rapport bénéfices / risques des différentes modalités de prise en charge envisagées ne lui sont pas systématiquement communiquées. Les patients accueillis en hôpital de jour de médecine ne disposent pas de documents les informant des modalités pour contacter l'établissement en cas de complication au décours de leur prise en charge, mais ils mobilisent le numéro du service, et le recours au standard téléphonique ou aux urgences de l'établissement en dehors des heures ouvrables. Les informations concernant les représentants des usagers, les modalités de déclaration d'évènements indésirables associés aux soins, ou pour réaliser une plainte ou une réclamation, si elles sont contenues dans le livret d'accueil remis aux patients, affichées dans les services et disponibles sur le site internet de l'établissement, ne sont que peu connues de ces derniers. L'information concernant le droit des patients à rédiger des directives anticipées est contenue dans le livret d'accueil, mais elle n'est que peu mobilisée par les équipes. Lorsque le patient a réalisé des directives anticipées, ces dernières sont tracées dans le DPI. A ce stade, l'établissement n'informe pas les patients de l'alimentation de leur Dossier Médical Partagé, même si cela peut être réalisé de façon ponctuelle par les professionnels. Une information sur MonEspaceSanté et la Messagerie Sécurisée Citoyenne est prévue dans le prochain livret d'accueil, en attente d'impression. Le recueil de la satisfaction des patients repose sur l'enquête nationale e-satis, et, dans certains secteurs, sur des questionnaires de sortie spécifiques. Le recueil de l'expérience patient se fait au travers de ces questionnaires, lors de la réalisation de patients traceurs par l'établissement en 2022 et 2023, et par l'analyse systématique, avec les représentants des usagers, des plaintes, réclamations et remerciements. Le respect des patients fait l'objet d'une attention particulière dans les pratiques professionnelles. A l'USLD, dont les locaux ne permettent pas aisément ce respect (uniquement 2 douches sur le palier pour 32 résidents), les pratiques mises en place par l'équipe médico-soignante compensent ces difficultés. Un projet de rénovation du bâtiment est en cours. Aux urgences, les locaux et l'organisation des soins permettent de respecter au mieux l'intimité et la dignité des patients même lors des périodes de forte affluence. Les patients mineurs bénéficient de conditions d'accueil adaptées dans chaque secteur : aux urgences, au bloc opératoire (aménagement des locaux, anticipation de l'accueil de patients mineurs dans l'organisation du travail et les plannings des professionnels, décoration par une fresque réalisée par les professionnels), ou dans le service de pédiatrie, qui accueille également les mineurs pris en charge en ambulatoire. Cette attention collective au respect des patients accueillis est également perçue dans les prises en charge des personnes âgées et/ou porteuses de handicap, dans le respect de leur autonomie et l'aide apportée pour répondre aux besoins élémentaires. L'évaluation de l'autonomie des patients est systématique à l'entrée, et la réévaluation régulière, permettant

ainsi d'adapter les soins réalisés par les binômes infirmiers – aides-soignants. Les mesures de contention sont systématiquement prescrites, évaluées et surveillées ; l'ensemble des professionnels rencontrés sont sensibilisés à l'impact des mesures de contentions, y compris aux urgences, et des adaptations environnementales ont été mises en place pour limiter le recours à ces mesures (acquisition de « lits Alzheimer » notamment). Le respect de la confidentialité est effectif dans tous les secteurs. Les patientes prises en charge en orthogénie peuvent demander une anonymisation de leur dossier. La prise en charge de la douleur est assurée dans l'ensemble de l'établissement : aux urgences, des protocoles de délégation permettent l'administration d'antalgiques dès l'accueil par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IOA) ; les modalités d'évaluation sont adaptées aux différents publics pris en charge (enfants, patients âgés notamment) et les prescriptions sont détaillées, y compris en cas de prescription conditionnelle. La réévaluation de la douleur est systématique. Le recours à des prises en charge non médicamenteuses de la douleur est facilitée par l'établissement, notamment par la mise à disposition récente de machines à froid à proximité des services de SMR et de chirurgie. L'association des proches et aidants est facilitée, avec l'accord du patient. Dans plusieurs services, des rendez-vous avec l'équipe médicale sont proposés aux proches. La présence du 2^e parent en maternité est favorisée, y compris lors des césariennes, en dehors de celles pratiquées en urgences. Suite à la réalisation de patients traceurs en interne, des couchettes et oreillers ont été acquis en maternité et en pédiatrie pour améliorer le confort des accompagnants. En cas de situation difficile, les locaux et les pratiques permettent la présence des proches, y compris en USLD malgré le fait qu'il existe des chambres doubles. Une chambre supplémentaire aménagée de façon accueillante est prévue pour permettre la prise en charge d'un résident en chambre seule, et la présence de ses proches, si besoin. Le recueil systématique par les soignants d'informations concernant les conditions de vie habituelles lors de l'accueil du patient permet de prendre en compte ses conditions de vie dans le projet de soins, et notamment dans l'anticipation de sa sortie, ou l'organisation des prises en charge ambulatoires. Le recours à un accompagnement social est possible pour tous les secteurs d'activité, à la demande des équipes médico-soignantes, ou lors de staffs réguliers, sur sollicitation des familles et proches, ou des patients. Pour cela, les coordonnées des assistants sociaux sont affichées dans chaque service. Le recueil des besoins et préférences des personnes en situation de handicap, et la prise en compte de ces éléments dans le projet de soin, sont assurés dans les différents secteurs, dès l'accueil aux urgences. Pour les patients mineurs, les séjours dans l'établissement restent de durée limitée à quelques jours, ce qui ne nécessite pas d'organiser une scolarisation au sein de l'établissement. Le lien social et scolaire est pris en compte dans le cadre de la prise en charge de l'obésité infantile, notamment dans le cadre du programme « grandir en forme » proposé à des groupes d'enfants en surpoids, d'une même tranche d'âge, sur une durée de 6 mois. Les résidents en USLD bénéficient d'un programme d'activités riche, élaboré avec les 2 EHPAD de l'établissement, leur permettant l'accès à des activités internes à l'établissement, mais également la participation à des évènements publics de l'agglomération.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les équipes du CH du Haut Bugey sont organisées de façon à pouvoir discuter de la pertinence des actes, soins et parcours proposés aux patients. Pour cela, en plus des ressources internes, elles s'appuient sur des réseaux régionaux de prise en charge (AURORE pour la maternité et la pédiatrie, Urg'ARA pour le SMUR et les urgences), ou sur des équipes ressources au sein du GHT (bon usage des antibiotiques), tout en déclinant localement les recommandations de bonne pratique. Des réunions pluri-professionnelles sont organisées dans plusieurs secteurs, notamment pour le suivi des grossesses à risque en maternité, ou pour anticiper l'organisation des retours à domicile, au travers d'une cellule de coordination du parcours patient qui se réunit tous les 15 jours, en présence de l'HAD (Hospitalisation à Domicile) et du DAC (Dispositif d'Appui à la Coordination). Le recours à l'HAD est par ailleurs envisagé dès que possible, et plusieurs parcours ont été organisés avec le dispositif PRADO, notamment en chirurgie orthopédique. En SMR, une évaluation pluri-professionnelle de la pertinence des admissions et du maintien du séjour est systématique. La pertinence des transfusions de produit sanguins labiles fait l'objet d'une évaluation systématique, mais le rapport bénéfice-risque de l'acte transfusionnel n'est pas systématiquement tracé dans le dossier du patient. Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées dans le dossier, et réévaluées à 48-72h avec une alerte prévue dans le logiciel de prescription. L'établissement s'appuie sur les ressources de l'établissement support du GHT pour promouvoir le bon usage, tout en proposant une déclinaison locale adaptée à l'activité grâce au travail des 2 référents locaux. Une action de formation des prescripteurs a été organisée, la première journée aura lieu en juin 2024. Une conciliation médicamenteuse à l'entrée est réalisée pour les situations identifiées comme étant les plus à risque, en complément d'un travail de sensibilisation au risque iatrogène mené par l'équipe de gériatrie sur l'ensemble de l'établissement. La coordination pluridisciplinaire et pluri-professionnelle est organisée dans les différents secteurs de prise en charge. L'établissement dispose d'un DPI unique consultable par tous les professionnels habilités, incluant la prise en charge aux urgences et au bloc opératoire. Pour les activités non couvertes par le DPI (prescription de chimiothérapie notamment) et les documents amenés par les patients, les informations sont incluses dans le DPI au fur et à mesure. L'antenne SMUR et le service des urgences assurent la transmission des informations de prise en charge dès la régulation puis de la prise en charge pré-hospitalière au moyen de fax, et le déploiement d'un dossier pré-hospitalier informatisé est en cours. L'accueil et l'orientation aux urgences est réalisé par un IOA formé, selon une échelle de tri standardisée, secondé si besoin d'un médecin identifié. L'information des lits disponibles dans l'établissement est suivie tout au long de la journée, et transmise aux équipes de garde. Plusieurs professionnels des urgences consultent le DMP des patients accueillis, même si cela reste le fruit d'une démarche personnelle à ce stade. Une réunion de la CME est prévue au premier trimestre 2024 pour identifier les cibles d'usage de consultation du DMP et la stratégie de déploiement. Les projets de soins, ou projet de vie en USLD, sont élaborés de façon pluri professionnelle et pluridisciplinaire en prenant en compte les préférences exprimées par les patients. Les équipes peuvent s'appuyer sur des réseaux d'expertise en interne à l'établissement, au sein du GHT, ou auprès des principaux établissements de recours selon les filières. L'accueil de patients dans une unité non adaptée faute de disponibilité est rare, et organisé au sein des équipes : 4 lits de chirurgie peuvent être libérés selon le niveau du dispositif d'hôpital en tension, et les patients sont alors pris en charge par les équipes médicales référentes. L'organisation du bloc opératoire tient compte des éventuelles urgences, minimisant ainsi les déprogrammations. La continuité des informations entre les services et le bloc opératoire est facilité par le DPI qui permet aux différents acteurs de visualiser l'ensemble des informations de prise en charge, et notamment les administrations de traitement au bloc et en salle de réveil. Néanmoins, la mobilisation de ces informations est parfois insuffisante, notamment lors de la réalisation du temps préopératoire de check-list : ainsi, lors du

parcours traceur sur les IVG chirurgicales, l'existence d'une allergie médicamenteuse identifiée dans le DPI et lors de la consultation anesthésique n'avait pas été relevée sur la check-list. La réalisation de la check-list est systématique, en présence des différentes personnes concernées ; cependant, si une check-list spécifique est mobilisée en endoscopie, les autres secteurs, dont l'obstétrique, ne disposent pas d'une check-list adaptée à leur activité. Par ailleurs, les professionnels rencontrés nous ont expliqué ne pas mobiliser l'ensemble de la partie préopératoire de la check-list avant l'intervention en cas de césarienne « code rouge ». Pour les patients mineurs, le carnet de santé est systématiquement rempli, et la transition adolescent –adulte est anticipée, si besoin avec l'établissement de recours de l'établissement support du GHT. Une équipe mobile de soins palliatif peut être mobilisée sur les différents secteurs, mais ne dispose pas actuellement de médecin. Le recours à une compétence médicale est organisé avec l'équipe mobile de soins palliatifs de l'établissement support du GHT. Les équipes rencontrées maîtrisent les risques liés à leur pratique. Les règles d'identitovigilance sont connues et appliquées, y compris en USLD. Les vigilances sanitaires sont assurées, avec des référents identifiés ; les actions mises en place au décours d'alertes sont connues. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées de façon informatisée sur tous les secteurs. La dispensation se fait selon plusieurs modalités (nominative, reglobalisée ou globale), de façon à s'adapter au mieux aux activités des secteurs de soins.

L'approvisionnement en produits de santé est organisé, y compris lors des horaires de fermeture de la pharmacie ou en cas de rupture de stocks. Une analyse pharmaceutique de niveau 2 est systématique, et les recommandations sont prises en compte par les praticiens. Pour la réaliser, les pharmaciens consultent le DMP ; l'accès au Dossier Pharmaceutique n'est pas encore possible sur l'établissement (en projet pour 2024). Cependant, les documents de liaison entre services ou lettres de liaison à la sortie ne comportent pas toujours la mention du bilan thérapeutique, et parfois l'information sur le traitement de sortie ne reprend que les traitements ajoutés, sans mention du traitement habituels, y compris pour des patients vulnérables. Des courriers types ont été travaillés et sont proposés aux équipes médicales, mais leur mobilisation reste hétérogène. L'utilisation des médicaments à risque est maîtrisée : les services disposent d'une liste spécifique adaptée à leur activité, les médicaments à risque sont identifiés depuis la dispensation jusqu'à l'administration et lors de la prescription ; les soignants sont formés à leur utilisation et aux conduites à tenir en cas de surdosage. L'administration de potassium IV fait l'objet de mesures de prévention des risques particulières, avec une double vérification préalable. La maîtrise du risque transfusionnel repose sur une traçabilité tant au niveau du dépôt de sang que dans les services de soins, et sur la connaissance par les équipes qui transfusent des conduites à tenir en cas de complication. Les risques infectieux sont maîtrisés dans les secteurs interventionnels et dans les unités de soins. Des audits sont régulièrement réalisés, les résultats sont connus des professionnels. Les bonnes pratiques du lavage des mains avec des solutions hydro-alcooliques sont parfois non partagées par l'ensemble des professionnels, l'équipe opérationnelle d'hygiène met en œuvre des actions d'amélioration. Les équipes font preuve d'une maîtrise particulièrement qualitative des risques infectieux liés aux dispositifs invasifs (cathéters, sondes à demeure...) : l'indication est tracée, le maintien est régulièrement réévalué, et la surveillance est réalisée et tracée dans le DPI. Le circuit de désinfection des endoscopes repose sur une marche en avant structurée, avec une traçabilité conforme. Les protocoles d'antibioprophylaxie au bloc opératoire sont mis à jour régulièrement, selon les recommandations des sociétés savantes, pour chacune des spécialités chirurgicales. Des audits sont réalisés afin de s'assurer de leur bonne mise en œuvre. L'équipe opérationnelle d'hygiène et la médecine du travail mobilisent différents leviers pour sensibiliser les professionnels aux recommandations vaccinales, tant pour les vaccins contre la grippe que pour les vaccins obligatoires ou recommandés. Le risque d'hémorragie du post-partum est maîtrisé par les professionnels intervenant en obstétrique. Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants dans le service d'imagerie et au bloc opératoire sont maîtrisés également : le référent en radioprotection de l'établissement est épaulé dans ses missions par un prestataire qui assure le suivi des expositions et propose des actions de formation, qui sont ouvertes aux professionnels remplaçants réguliers. Les risques de dépendance iatrogène sont dépistés lors de l'accueil des patients dans le service, et font l'objet de mesures de prévention. Un travail a notamment été mené par les équipes en court séjour gériatrique et en SMR sur la

prévention du risque de chute. En chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie repose sur un score calculé lors du remplissage des formulaires de prise en charge dans le DPI, et, si besoin, par confirmation médicale secondaire au score. Les transports intra-hospitaliers des patients sont réalisés par des professionnels formés aux risques d'identitovigilance et au risque infectieux, ou par les équipes soignantes. Les équipes s'inscrivent dans une démarche d'amélioration continue de leurs pratiques basées tant sur l'analyse des résultats d'indicateurs, la déclaration des événements indésirables, que sur l'analyse de leur pratique clinique ou la mobilisation des questionnaires de satisfaction des patients. De nombreux programmes d'évaluation des pratiques professionnelles mobilisent les professionnels concernés, et les actions d'amélioration identifiées sont mises en œuvre et connues. L'analyse des questionnaires de satisfaction, et des résultats des patients traceurs réalisés en interne, ont permis la mise en œuvre d'actions d'amélioration basées sur l'expérience patient, même si la participation des représentants des usagers à ces démarches reste faible. Les événements indésirables associés aux soins et les presque accidents sont déclarés ; leur suivi est fait en commission spécifique, et sur une analyse approfondie des causes des événements jugés les plus critiques dans les différents Comités de Retour d'Expérience mis en place par l'établissement. L'analyse des modalités de réalisation de la check-list des secteurs interventionnels repose sur des audits observationnels complets mais réalisés uniquement tous les 3 ans, complétée par l'analyse des causes des infections du site opératoire et des "No Go" déclarés. En endoscopie, un audit a été réalisé en décembre 2023. Sur les autres secteurs, le dernier audit date de 2021, un prochain est prévu en 2024. La réalisation de l'audit de 2021 avait amené plusieurs actions d'amélioration, dont une formation au facteur humain suivie par 14 agents du bloc opératoire. Cependant, la périodicité des audits ne permet pas de détecter systématiquement les erreurs liées aux modalités de réalisation de la check-list, tant sur le moment de mobilisation des différentes parties de cette check-list, que sur la mobilisation effective des informations contenues dans le DPI et le dossier anesthésique. L'analyse des « No Go » de la check-list est réalisée par l'intermédiaire de déclaration d'évènement indésirable par les équipes à chaque « No Go ». La qualité des délais et résultats d'imagerie et de biologie médicale fait l'objet de suivis réguliers, avec mise en œuvre d'actions d'amélioration, notamment dans le cadre de la fusion du laboratoire du CH avec celui de l'établissement support du GHT pour la biologie. Pour les examens d'imagerie, ce travail est réalisé en lien avec les différents prestataires : équipes internes à l'établissement, équipes de radiologie privées travaillant dans les mêmes locaux et prestataire de télé radiologie mobilisé si besoin, permettant d'assurer des pratiques homogènes quel que soit le réalisateur de l'acte d'imagerie.

Chapitre 3 : L'établissement

Le CH du Haut Bugey participe aux projets territoriaux de parcours, auprès des acteurs de soins primaires du territoire, et en organisant l'accès à des plateaux techniques de recours pour les prises en charge qui le nécessitent. La CPTS du territoire a été récemment créée, l'établissement s'y associe pour travailler sur les parcours de prise en charge. La collaboration avec le DAC départemental est opérationnelle et régulière. Cependant, les lettres de liaison à la sortie ne sont pas remises systématiquement aux patients le jour de leur sortie (IQSS Qualité Lettre de Liaison à la sortie à 48%) : cela reflète une hétérogénéité des pratiques médicales, et a fait l'objet de rappels en Communauté Médicale d'Etablissement (CME) et auprès de chacun des praticiens exerçant au sein du centre hospitalier. L'équipe de gériatrie, appuyée par la direction, a engagé un travail pour éviter les admissions aux urgences et promouvoir les entrées directes dans le service y compris en cas de soins non programmés : cependant, actuellement 90% des patients hospitalisés en gériatrie sont passés par les urgences, notamment par défaut d'évaluation médicale au domicile ou en EHPAD compte tenu du manque de médecins généralistes sur le territoire. Lorsque les patients sont aux urgences, des filières de prise en charge sont en place, que ce soit pour les personnes âgées, les enfants, ou les patients vulnérables. Plusieurs professionnels de l'établissement utilisent une messagerie sécurisée de santé pour communiquer avec les autres professionnels de santé, mais la démarche institutionnelle de promotion des usages n'est pas encore définie (prévu en 2024). L'alimentation du dossier médical de MonEspaceSanté est par contre effective, à partir du DPI. Certains professionnels de l'établissement participent à des études cliniques, sans pour autant que l'établissement n'ait engagé une démarche en ce sens. Le CH du Haut Bugey recueille la satisfaction des patients au travers de questionnaires, et analyse les réponses en collaboration avec les représentants des usagers. Ces questionnaires restent peu remplis, malgré la mise en place de différents aménagements pour améliorer les taux de remplissage : information systématique, tablettes mises à disposition dans plusieurs services, borne informatique en maternité. Plusieurs professionnels sont formés à la communication avec les patients, de façon adaptée à leur activité. Les nouveaux arrivants et remplaçants y sont sensibilisés. Les professionnels savent repérer les situations de maltraitance, et sont accompagnés pour proposer des prises en charge adaptées, notamment en cas de violences faites aux femmes. La bientraitance est prônée au sein de l'établissement, ce qui se décline au sein des pratiques et des aménagements, ainsi que dans l'attention portée aux plannings et solutions de remplacement. Le centre hospitalier favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, avec une PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), des modalités de prise en charge adaptées dans les services et notamment aux urgences. Suite à un diagnostic récent, des travaux ont été réalisés pour améliorer l'accessibilité des locaux aux personnes en situation de handicap : la priorité a été donnée au handicap physique, l'accessibilité aux personnes avec un handicap visuel n'est pas encore assurée. Au cours de la visite de certification, l'établissement a conclu un marché afin d'équiper les ascenseurs en ce sens. Les patients peuvent accéder à leur dossier médical selon le cadre réglementaire ; cependant, l'information quant à l'alimentation du dossier médicale de MonEspaceSanté n'est pas encore réalisée, elle est prévue dans le prochain livret d'accueil en cours d'impression. Les représentants des usagers sont associés aux instances et sont régulièrement informés des actions en cours. Ils restent cependant peu acteurs, et il n'existe pas de projet des usagers formalisé. La gouvernance propose un management fondé sur la qualité et la sécurité des soins, au travers d'une politique qualité déclinée par service et la mise en œuvre d'actions concrètes. Les professionnels sont informés des projets en cours, participent à certains, et sont force de proposition pour des actions d'amélioration. Cependant, la culture sécurité des soins des professionnels n'est pas évaluée, et les actions proposées pour promouvoir cette culture sécurité ne sont pas connues de tous les professionnels. Plusieurs solutions de remplacement sont mobilisées pour assurer l'adéquation entre les

ressources humaines et la qualité des soins, malgré des difficultés tant sur le plan médical que paramédical. Les médecins responsables d'équipes et les cadres bénéficient d'une formation au management, mais il n'existe pas de collectif cadre ni de coaching organisé. Le soutien au travail en équipe est assuré par la gouvernance, notamment au travers de participation collective à des événements publics et sportifs. L'organisation des temps de travail permet la collaboration médico-soignante, et inclut les professionnels de nuit. Dans les spécialités à temps de travail posté (maternité et urgences), les plannings prévoient des plages pour permettre aux professionnels de s'impliquer sur des projets d'équipe ou institutionnels. Il n'existe cependant pas de programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences en équipes. La démarche éthique avait été amorcée par l'ancienne CME en 2019, mais la période COVID n'a pas permis de la mettre en œuvre. Un groupe éthique va être mis en place en janvier 2024, un appel à candidature a été relayé auprès des professionnels, les représentants des usagers y seront associés. La qualité de vie au travail (QVT) constitue pour la gouvernance un des leviers du prochain projet d'établissement. Cependant, la démarche spécifique n'est qu'amorcée : un diagnostic est prévu en 2024, et il n'existe pas à ce jour de politique QVT définie. La gestion de conflits interne repose sur un encadrement sensibilisé, et le recours possible à des médiateurs formés. L'établissement dispose d'un plan blanc opérationnel, et réalise régulièrement des exercices de simulation avec des retours d'expériences et des plans d'actions suivis. Le plan hôpital en tension est décliné selon les niveaux de tension, les mesures à mettre en œuvre sont connues des professionnels (déclenchement concomitant de la visite de certification). La sécurisation des 2 sites de l'établissement est opérationnelle, réévaluée régulièrement ; les actions d'amélioration sont mises en œuvre et connues. L'ensemble des chambres du site principal disposent d'armoires à fermeture sécurisées par code pour les effets personnels des patients. La prise en charge des urgences vitales est structurée sur l'établissement. Les chariots d'urgences ne sont pas vérifiés dans les services, la procédure institutionnelle prévoit que ce soit la pharmacie qui s'en charge. Les équipes connaissent néanmoins leur contenu, par les classeurs contenant des photos et le contrôle régulier des péremptions à partir d'une liste de médicaments, et par des actions de formation spécifiques au chariot d'urgence. Néanmoins, cette organisation induit des périodes d'indisponibilité des chariots d'urgence lorsqu'ils sont à la pharmacie : la durée de ces périodes est rendue la plus courte possible, les professionnels savent où ils peuvent trouver le chariot d'urgence de l'unité voisine (architecture en rond sans délimitation entre les unités). L'indisponibilité potentielle du chariot d'urgence en USLD, située sur un autre site, a été corrigée en visite par la mise à disposition d'un sac d'urgence en plus du chariot. La prise en compte des enjeux environnementaux constitue un des leviers du projet d'établissement, et implique les différents acteurs de l'établissement, en se déclinant sur l'ensemble des secteurs d'activités et les services supports. Le CH du Haut Bugey propose une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les résultats aux IQSS sont analysés et communiqués auprès des équipes, et font l'objet d'actions d'amélioration. L'établissement prône une culture non punitive de déclaration des événements indésirables et s'applique une transparence en interne comme dans la déclaration des événements indésirables jugés graves auprès de l'ARS. Les presque accidents sont régulièrement déclarés par les professionnels. Plusieurs soignants sont formés à l'analyse approfondie des causes et participent aux différents CREX. L'accès aux CREX aux professionnels non formés est possible mais reste rare. L'expérience patient est prise en compte pour le programme d'amélioration de la qualité, notamment au travers des patients traceurs réalisés ces 2 dernières années. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Mettre en place une check-list spécifique par secteur d'activité ; Analyser régulièrement les modalités de réalisation de la check-list, tant sur le moment de mobilisation de ses différentes parties que sur la mobilisation effective des informations contenues dans le DPI et le dossier anesthésique ; Sécuriser l'organisation des chariots d'urgence de manière à ce qu'ils restent toujours disponibles ; Garantir la remise systématique au patient de la lettre de liaison complète le jour de sa sortie ; Poursuivre le travail engagé pour éviter le passage des personnes âgées aux urgences ; Garantir la traçabilité systématique du rapport bénéfice-risque de l'acte transfusionnel dans le dossier patient. Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

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	010008407	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX FRANCE
Établissement principal	010005239	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX Cedex FRANCE
Établissement géographique	010789717	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY - SLD OYONNAX	1 rue bellevue 01108 Oyonnax 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	Oui
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)	Oui
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	Oui
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	Oui
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	Oui
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	1,684
Nombre de passages aux urgences générales	22,849
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	26
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	21
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	7
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	7
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	176
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	1
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	15
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	5
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	35
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)	7
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			
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
4	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Patient atteint d'un cancer	

			Programmé Tout l'établissement	
8	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
9	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
10	Traceur ciblé			EI
11	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé			SMUR/Urgences
13	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
14	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
15	Traceur ciblé			Prescription PSL
16	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
17	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable

18	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Audit système			
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Audit système			
29	Parcours traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète	

30			<p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
34	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
35	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	

36	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Tout l'établissement	
37	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
38	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
39	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
40	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Audit système			
42	Audit système			

43	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
44	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
45	Audit système			
46	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
47	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Audit système			
49	Audit système			
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire	

50			Adulte Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
----	--	--	---	--

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

