



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE BEAUJEU**

Avenue du docteur giraud
69430 Beaujeu



Validé par la HAS en Octobre 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Octobre 2022

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 2022 | 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 de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

Présentation

| CENTRE HOSPITALIER DE BEAUJEU | |
|-------------------------------|--|
| Adresse | Avenue du docteur giraud 69430 Beaujeu FRANCE |
| Département / Région | Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes |
| Statut | Public |
| Type d'établissement | Centre Hospitalier |

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

| Type de structure | N° FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
|-------------------------|-----------|----------------------------------|--|
| Établissement juridique | 690782248 | CENTRE HOSPITALIER DE BEAUJEU | Avenue du docteur giraud 69430 Beaujeu FRANCE |

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

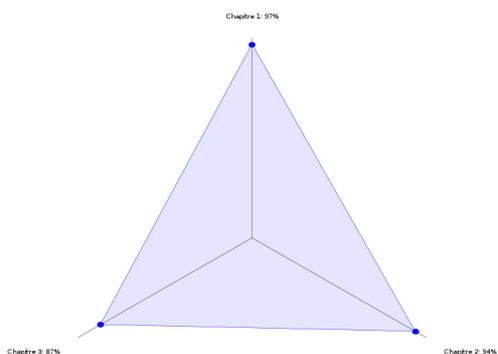
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

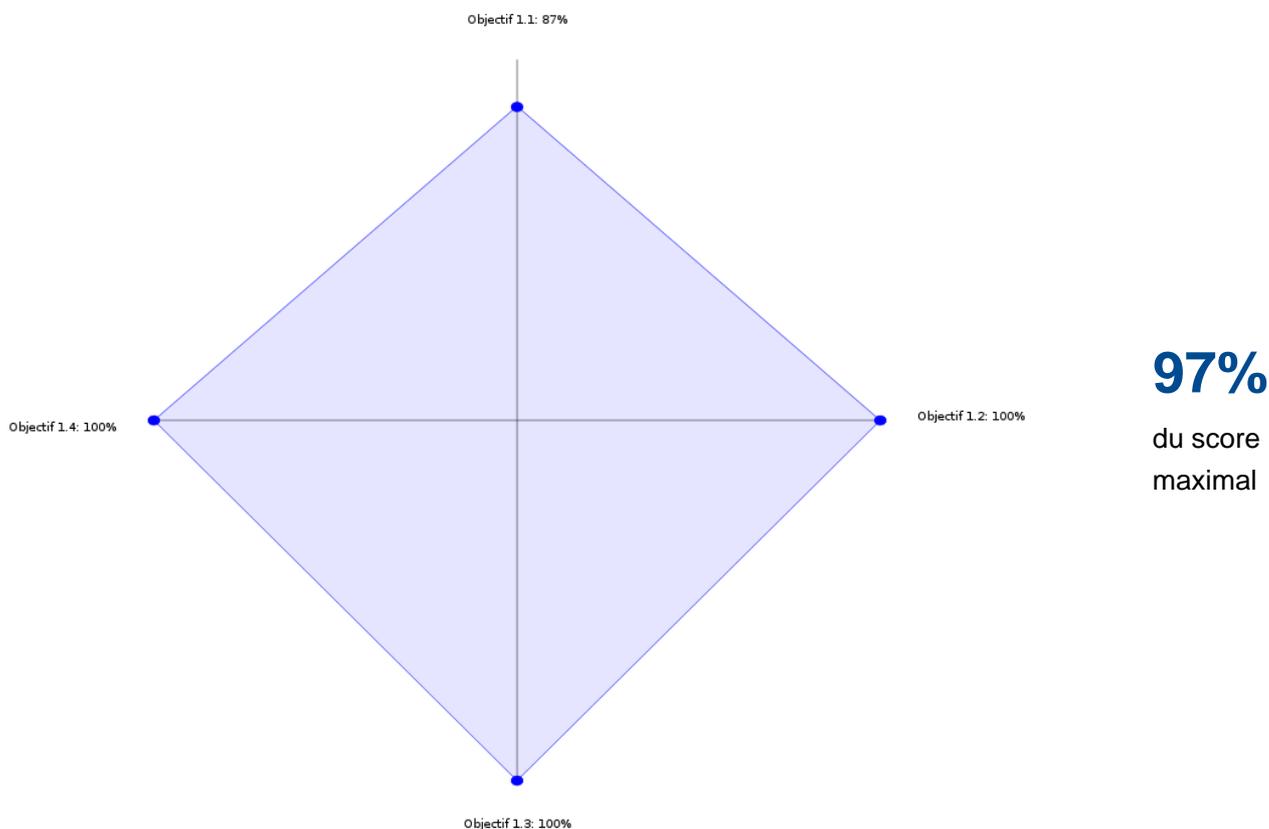
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

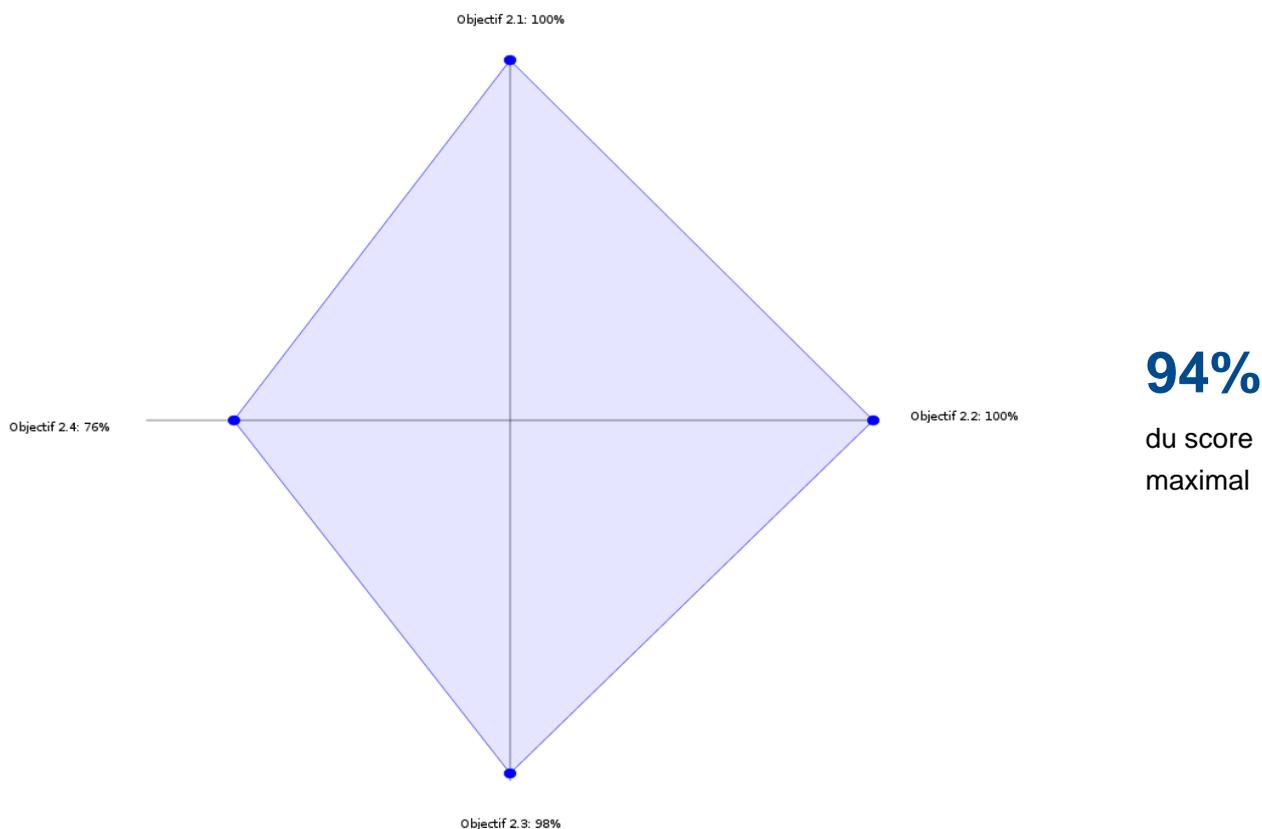


| Objectifs | | |
|-----------|--|------|
| 1.1 | Le patient est informé et son implication est recherchée. | 87% |
| 1.2 | Le patient est respecté. | 100% |
| 1.3 | Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient | 100% |
| 1.4 | Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge | 100% |

Le patient est informé sur son diagnostic, son état de santé, et ses traitements, que ce soit en SSR, ou en médecine. L'évaluation bénéfique/risque est expliquée et partagée avec le patient. Le patient donne son accord pour son projet de soin et celui-ci est tracé dans le dossier du patient informatisé (DPI). En matière d'informations destinées aux patients, les informations affichées concernent la vaccination, la charte du patient hospitalisé ainsi que la charte Romain Jacob. La charte du patient hospitalisé figure également dans le livret d'accueil remis au patient lors de son arrivée par le service de soins. Le patient est informé par les professionnels (médecins en particulier) des précautions à prendre en fonction de son état de santé et pour éviter la survenue de complications. Les patients désignent la personne de confiance, ainsi que la personne à prévenir de leur choix. Ces documents sont retrouvés (scannés) dans le DPI. Le traitement médicamenteux est

expliqué au patient par le médecin au moment de la prescription et les IDE lors de l'administration, ainsi que lors de tout changement de traitement. L'établissement ne réalise pas de transfusions. Un flyer a été récemment mis à disposition des professionnels et des patients par les représentants des usagers (RU) lors de la journée européenne des RU. Les patients sont informés de l'intervention des représentants des usagers au sein de l'établissement (livret d'accueil, affichage). Toutefois, cette information de l'établissement ne suffit pas à sensibiliser les patients à cet apport. Bien que les modalités pour déclarer un EIGAS ou faire une réclamation soient décrites dans le livret d'accueil, celles-ci ne sont pas connues des patients rencontrés. L'établissement recueille le point de vue des patients avec le questionnaire de satisfaction qui est remis aux patients avant leur sortie par les soignants. Le taux de retour de ces questionnaires a été faible (18,8%) en 2021. Au niveau actuel ce questionnaire n'est pas exploitable par le centre hospitalier de Beaujeu pour orienter sa démarche qualité sur ce point. L'établissement a pris conscience de cette diminution et a débuté une réflexion pour y remédier. Les professionnels ont été sensibilisés récemment. La dignité et l'intimité du patient sont respectées. L'établissement qui a été rénové récemment peut accueillir des patients dans des chambres individuelles, ce qui facilite ce respect. Les professionnels dans leur attitude y contribuent également. Quand le patient est dans une chambre à 2 lits, les professionnels utilisent un rideau qui est installé dans toutes les chambres à 2 lits. L'autonomie des patients est évaluée à minima à l'admission et de façon hebdomadaire. L'ensemble des soignants y contribue. La recherche de l'autonomie fait partie de la culture du centre hospitalier qui a une grande partie de ses lits d'hospitalisation en SSR. L'établissement est accessible aux personnes à mobilité réduite et des aides sont prévues pour les handicaps sensoriels (écriture braille sur les portes des bureaux entre autres). Lorsque la contention mécanique est prescrite, le bénéfice/risque est évalué régulièrement et tracé dans le DPI ou un emplacement est prévu à cet effet. La douleur est évaluée régulièrement par l'ensemble des professionnels. Cette évaluation est faite à l'aide de différentes échelles validées et adaptées (EVA, algoplus et EVN). Les résultats et l'évaluation de la douleur sont tracés dans le dossier du patient. Un traitement approprié est mis en œuvre si nécessaire. Une prescription "si besoin" existe et permet de soulager les patients plus rapidement. Cette possibilité est connue des soignants. L'expression de la volonté d'un patient en fin de vie est recherchée. Dans le livret d'accueil des patients figure un paragraphe qui explique ce que représentent les directives anticipées et la proposition de leur recueil. Toutefois, les patients n'intègrent pas cette information en lien avec leur prise en charge. L'entourage du patient est intégré dans la prise en charge : possibilité d'entretiens physiques et ou téléphoniques avec le médecin, 4 chambres sont équipées de lits accompagnants, un salon des familles est disponible, il n'y a pas d'horaire de visite (sauf Covid), l'entourage participe au Projet Personnalisé de Soins et est inclus pour la préparation de la sortie. Les patients de l'établissement sont vus par l'assistante sociale, notamment ceux en situation de précarité sociale. Ce travail social pour préparer la sortie est fait en étroite collaboration avec les familles des patients, mais aussi l'ergothérapeute et l'assistante sociale. Des visites à domicile sont possibles quand cela est nécessaire. L'ergothérapeute et éventuellement l'assistante sociale y participent.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



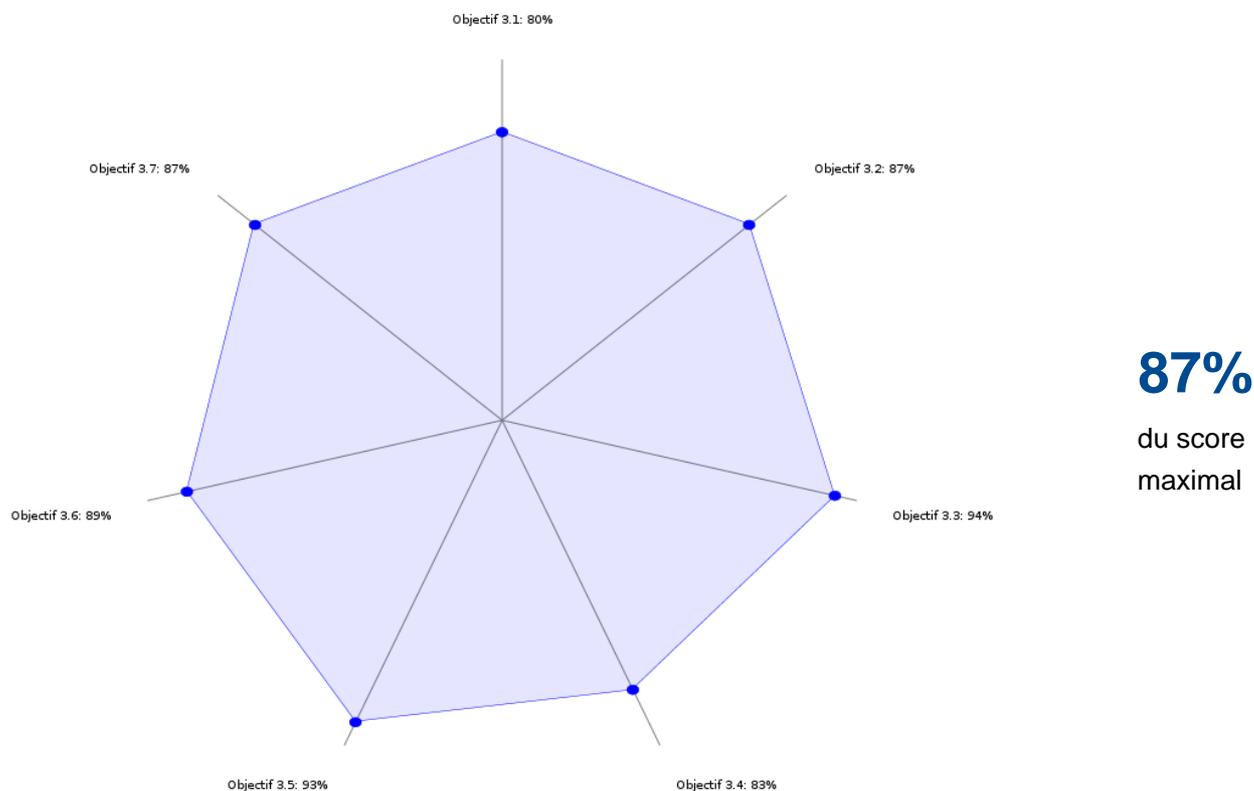
| Objectifs | | |
|-----------|---|------|
| 2.1 | La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe | 100% |
| 2.2 | Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge | 100% |
| 2.3 | Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques | 98% |
| 2.4 | Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle | 76% |

L'évaluation de la pertinence des séjours en SSR est faite au moment de l'admission avec les informations données par « trajectoire » ou par le médecin adresseur, par le médecin responsable et la cadre de santé. Cette pertinence de l'admission est facilitée par les liens étroits qui existent entre le CH de Beaujeu et le CH de Villefranche sur Saône. Les patients du CH de Beaujeu proviennent à 80-90% du CH de Villefranche sur Saône. D'autre part, le dossier du patient informatisé (DPI) du CH de Beaujeu est totalement interfacé avec celui du CH de Villefranche sur Saône. En cours de séjour cette évaluation est faite par l'équipe soignante lors des synthèses pluridisciplinaires qui sont hebdomadaires. La prescription d'un traitement antibiotique répond à une justification, le médecin le justifie dans le logiciel de prescription. Les praticiens peuvent se référer à des recommandations sur l'antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent antibiothérapie (Pharmacien du

Centre Hospitalier). Un groupe de travail d'infectiologie est en place. Un accès direct au livret des antibiotiques est présent sur le bureau informatique. Des évaluations régulières de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24e et la 72e heure sont réalisées, logo non bloquant. Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques. Chaque semestre une formation est assurée sur le site de Villefranche. Dans la totalité des secteurs du centre hospitalier le même dossier du patient informatisé (DPI) est utilisé. Il est utilisé et partagé par l'ensemble des professionnels autour du patient. Il contient les informations qui permettent la coordination de la prise en charge. Le dossier soignant, dossier médical et paramédical ainsi que les mots de suite renseignent sur l'évolution du patient et de sa prise en soin. Une réunion de synthèse pluri professionnelle est réalisée de façon hebdomadaire pour les patients. Le compte rendu de cette réunion est tracé dans le DPI et les participants sont identifiés. Le projet de soins est réalisé et réévalué. Le centre hospitalier prévoit de mettre en place la conciliation des traitements médicamenteux. L'établissement a identifié des secteurs, des situations ou des profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux (sujet âgé, AVK, méthotrexate per os). Le pharmacien est à l'origine de cette mise en œuvre. Les patients en soins palliatifs peuvent bénéficier de l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). Des protocoles spécifiques soins palliatifs sont à disposition sur le logiciel de gestion documentaire institutionnel. Il existe une concertation pluri professionnelle et pluridisciplinaire palliative et une démarche coordonnée (RCP régionale, staff/synthèses réguliers formalisés dans DPI, moments d'écoute et de partage dans l'équipe, transmissions d'équipe intégrées dans les organisations de soins). Une IDE interne est formée (DU douleur et DU Soins Palliatifs). Un salon de repos est mis à la disposition pour les familles. Les lits accompagnants sont favorisés. La lettre de liaison est remise systématiquement au patient le jour de sa sortie ou adressée, moins de 48h après. L'identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est opérationnelle. A l'admission du patient la responsable des admissions vérifie son identité et crée son dossier administratif. Avec ces éléments les étiquettes du patient sont éditées et transmises dans les unités de soins. Elles sont utilisées (entre autres) pour créer le bracelet d'identification du patient qui sera porté par celui-ci quel que soit le secteur d'activité. Les vigilances sanitaires sont définies (pharmaco, matério, réacto, cosméto, infectieux), un responsable est identifié pour chaque vigilance. Les alertes ascendantes et descendantes sont formalisées et opérationnelles. Les professionnels sont informés avec le logiciel qualité de l'établissement. La prescription médicamenteuse est réalisée sur le DPI. Au moyen du DPI le pharmacien peut valider les prescriptions en temps réel en semaine et le lundi pour celles du week-end. Les piluliers sont préparés à la PUI. Il existe une dispensation nominative hebdomadaire pour les médicaments per os. En dehors des horaires d'ouverture de la pharmacie, une astreinte pharmaceutique est organisée. Les traitements personnels des patients sont récupérés dès l'admission par l'IDE et remis à la sortie du patient. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, de préparation, d'administration et de surveillance des traitements (réponse à la règle des 5 B). La liste des médicaments à risque (établie par le COMEDIMS) est affichée et connue des équipes. Les étiquetages et le stockage de ces médicaments à risque sont respectés des équipes et les armoires à pharmacies sont sécurisées. La conservation des produits thermosensibles est assurée avec un contrôle continu assuré par le pharmacien au niveau de la pharmacie ainsi que dans l'unité de soin. Le stockage des médicaments est par ailleurs conforme. L'approvisionnement pour les situations d'urgence est organisé et connu des professionnels. Il existe une procédure connue relative aux éventuelles ruptures avec concertation IDE/médecin et/ou dépannage avec l'EHPAD et éventuellement l'Hôpital Nord Ouest (HNO). Le risque infectieux est piloté : CLIN en place, participation aux réunions en pluridisciplinarité, restitution en CME. Les ressources sont identifiées par les professionnels : le pharmacien est le président du CLIN, une cadre assure la coordination de cette instance, 1 IDE et 1 praticien hygiénistes sont mutualisés entre les établissements de Villefranche, Belleville et Beaujeu (prise de poste en Janvier 2022 pour l'IDE) et des correspondants hygiène ont été formés (IDE et AS). La liste des référents hygiène est affichée dans la salle de soins. L'ensemble des équipes rencontré est sensibilisé aux bonnes pratiques relatives à l'hygiène des mains, aux précautions standard et à la mise en œuvre des précautions complémentaires. Des Kits de mises en place (pancarte, fiche technique, information patient) sont à la disposition des équipes, les procédures sont connues

et la mise en œuvre tracée dans le DPI. Un travail d'uniformisation des pratiques au sein du groupement HNO est prévu en 2022 par IDE hygiéniste. Les SHA sont datées et sont à la disposition des professionnels et des visiteurs. Un suivi des consommations est en place. Le risque infectieux centré sur l'hygiène des mains et l'utilisation des SHA est maîtrisé : sensibilisations des professionnels lors de journée de sensibilisation du 8 Juin dernier : sensibilisation, « boîte à coucou ». Des audits périodiquement sont réalisés sur le lavage des mains, le port des bijoux et l'absence de vernis. Les résultats des audits sont portés à la connaissance des professionnels, 82% de conformité sur le dernier audit. Des audits sont également réalisés sur les autres précautions standards : tenue professionnelle propres (circuits organisés), port des gants, port du masque, bio nettoyage de l'environnement proche du patient (espace propre). La surveillance des dispositifs invasifs est réalisée sur le DPI, la pertinence est évaluée sous forme d'observations médicales. Un protocole cathéter périphérique est en place (réévaluation prévue en regard des nouvelles recommandations). Le bio nettoyage organisé avec une équipe interne ASH qui connaissent les protocoles de bio nettoyage « l'entretien quotidien d'une chambre après la toilette » avec une équipe externalisée pour le bio nettoyage des sols et annexes. Les ASH sont aussi sensibilisées aux conduites à tenir spécifiques lors de la mise en place des précautions complémentaires (connaissent les bonnes pratiques relatives aux apasie et BMR) et vont être prochainement mobilisé sur le projet d'uniformisation des procédures du groupement HNO. Un travail de gestion des excréta a été réalisé avec la mise en place de 3 laves bassin sur le service et une sensibilisation des équipes sur les risques d'exposition. Le circuit des Objets Piquants Coupants Tranchants est conforme avec la mise à disposition d'une boîte collectrice dans la salle de soins infirmiers (datée). La procédure AES est connue, un kit est disponible dans la salle de soins. Le protocole « prévention du RI lors des soins « Pose d'un cathéter périphérique » indique « audit à la demande du CLIN » mais aucun audit n'a été réalisé à ce jour. Des formations ne sont pas réalisées de façon systématique et répétées. Nous notons pour 2022 le projet d'engagement de l'EOH dans une campagne nationale SPIADI (Surveillance et Prévention des Infections Associées aux Dispositifs Invasifs). Le transport des patients est maîtrisé : le patient est informé et porteur de son bracelet d'identification. Le fauteuil roulant personnel est dans la chambre. Le transport s'effectue dans ce fauteuil, ce qui évite les transferts et les mobilisations. L'entretien du matériel est réalisé à la sortie du patient puis il est stocké dans les locaux de l'ergothérapeute du CH. Les professionnels sont formés (Ergothérapeute, kinésithérapeutes). En ce qui concerne les vaccinations, la promotion est effective, elle est possible au sein de l'établissement. Les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé sont respectées. L'établissement réalise des campagnes vaccinales et offre la possibilité de se faire vacciner dans le service. Le taux de la vaccination grippale a chuté (24%) suite à l'obligation vaccinale liée à la COVID 19. Des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins sont mises en œuvre. Les événements indésirables sont déclarés (logiciel qualité) et analysés et ceux qui le nécessitent sont suivi d'actions d'amélioration. Les professionnels ont un retour par le logiciel qualité et des « cafés EI ». Les patients bénéficient d'analyses biologiques régulièrement. Le centre hospitalier travaille avec un laboratoire d'analyse médicale (LAM) privé. Les prescriptions médicales avec les prélèvements sont récupérés tous les matins par le LAM. Les résultats sont implémentés automatiquement dans le DPI du centre hospitalier. Toutefois il n'y a pas de lien formalisé avec le LAM pour analyser les relations entre les 2 structures et mettre en œuvre si nécessaire des actions d'amélioration.

Chapitre 3 : L'établissement



| Objectifs | | |
|-----------|--|-----|
| 3.1 | L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire | 80% |
| 3.2 | L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement | 87% |
| 3.3 | La gouvernance fait preuve de leadership | 94% |
| 3.4 | L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences | 83% |
| 3.5 | Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance | 93% |
| 3.6 | L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté | 89% |
| 3.7 | L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins | 87% |

Les parcours et les partenaires intra et extrahospitalier sont définis et coordonnés. L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours. Depuis Janvier 2021, le CH de Belleville et le CH de Beaujeu sont en Direction commune avec l'hôpital Nord-Ouest (HNO), qui inclut également: HNO Villefranche, HNO Trévoux, HNO Tarare. Il s'agit d'un GHT dont l'hôpital support est le CH de Villefranche/Saône. Il existe des liens entre

tous les établissements du GHT (MCO, SSR, EHPAD) ainsi qu'une mutualisation des compétences. Le Projet médical est partagé entre le Centre Hospitalier de Belleville et de Beaujeu ainsi que la construction en cours du projet médical du GHT. La CME commune est avec CH de Belleville. Commission Médicale du Groupe au niveau du GHT avec 2 sièges par établissement depuis début mai. Compte tenu de la taille du CH tous les médecins participent à la CME. Le Président de la CME diffuse les bonnes pratiques directement. Il existe une coordination générale des soins pour les 5 établissements du groupe et les EHPAD. La Commission des CSIRMT est au niveau du GHT. Un travail de la Direction des soins sur des valeurs professionnelles communes (Bienveillance) et la rédaction d'une charte sur la bienveillance sont en cours avec une appropriation de cette valeur par les professionnels. L'établissement favorise l'engagement du patient au travers du questionnaire de satisfaction et de sa relation avec les RU. Toutefois, les questionnaires de type PREMS et PROMS n'ont pas encore été mis en œuvre dans l'établissement. Le CH peut compter sur le soutien des représentants des usagers pour avancer dans ce domaine, comme nous l'avons constaté lors de l'audit système avec ceux-ci. Le Centre Hospitalier a élaboré un livret d'accueil très complet qui est remis au patient au moment de son admission. Il contient toutes les informations permettant de faciliter la communication entre le patient, sa famille et les professionnels. Cette communication est facilitée par les professionnels durant le séjour. Les plaintes et réclamations sont portées à la connaissance des professionnels et lors des réunions de la Commission Des Usagers (CDU). La Promotion de la bienveillance fait partie des valeurs du CH de Beaujeu et des actions concrètes de lutte contre la maltraitance ordinaire sont menées. L'action de la direction des soins du GHT est bien connue des équipes sur le terrain. La formation des professionnels à la communication avec le patient et à la bienveillance est réalisée. Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les ascenseurs ainsi que les portes de certains bureaux sont équipés pour les déficients visuels. L'accès du patient à son dossier est organisé et se fait dans le respect des délais réglementaires. La commission des usagers (CDU) se réunit régulièrement. Les représentants des usagers participent à la CDU, au COPIL qualité, au conseil de surveillance et sont invités aux commissions spécialisées. Les représentants des usagers (RU) ont également organisé avec les RU du CH de Belleville une journée d'information où ils ont notamment abordé la question du droit sur les directives anticipées et remis des flyers d'information aux patients qu'ils ont rencontrés. La recherche clinique n'est pas en place au sein de l'établissement. L'axe de développement est prévu avec le HNO qui dispose d'une unité de recherche clinique. Le Management est fondé sur la qualité et la sécurité des soins. Le Comité qualité se réunit régulièrement, sa composition est pluridisciplinaire avec présence des RU. La Politique qualité qui a été validée en Copil est disponible sur le logiciel qualité. Le programme qualité est élaboré à partir des données disponibles (indicateurs, suivi des EI) et décliné en actions. Toutefois, il n'y a pas d'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins. Le travail est réalisé en équipe : réunions régulières avec cadres sur l'organisation des soins, accompagnement dans les missions par le cadre supérieur et la Direction des soins, structuration de la mobilité interne, du travail inter équipe et entraide et en particulier dans la période COVID et de l'absentéisme actuel. Ce qui contribue à la cohésion d'équipe. L'accompagnement et le soutien aux professionnels dans la recherche de solutions pour améliorer le travail sont effectifs. En ce qui concerne la démarche QVT, cette démarche d'amélioration du travail avec les partenaires sociaux est ancienne, mais pas construite sur une enquête auprès des professionnels. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée selon leur niveau de troisième ligne. L'établissement a établi son plan blanc dans lequel les organisations permettant de gérer une crise sont définies. Une simulation de crise a permis d'identifier que l'établissement est en capacité de réunir sa cellule de crise en moins de 45 minutes. Les situations à risque sont identifiées par l'établissement et font l'objet de dispositifs adaptés de sécurité (bracelet sonore). L'établissement a mis en place avec le soutien du GHT une stratégie et des actions qui lui permettront de répondre aux situations de crises potentielles qu'il a identifiées. Une actualisation de la cellule de crise a été réalisée en 2021 avec les modifications nécessaires (nouveaux professionnels et GHT). Des réunions régulières et ponctuelles ont eu lieu pendant la crise. La Mutualisation des agents entre les CH Belleville et Beaujeu pendant le COVID a été organisée, ainsi que des aménagements des locaux. Il existe une articulation forte avec le GHT HNO. Une harmonisation avec mise en

cohérence de la communication famille/patient a été faite pour les 5 établissements. La sollicitation de l'expertise des infectiologues du CH Villefranche est possible. De manière positive cette crise a permis de créer des liens forts et des échanges avec le GHT et entre les établissements. La formation incendie est réalisée. Le risque informatique est pris en compte et renforcé suite à une cyber attaque (sauvegarde des données sur les serveurs à Villefranche et mode dégradé sur site). Concernant le développement durable (DD), des actions sont engagées par l'établissement sur différents périmètres (Energie et Eau). La définition d'une politique DD au sein des 5 Hôpitaux en Direction commune est en cours de structuration mais pas déployée. Un responsable est identifié pour le groupe (directeur délégué du site de Beaujeu et de Belleville). Le Plan DD GHT est en cours de structuration mais pas déployé au niveau des établissements. Le projet ANAP pour faire une évaluation des bâtiments du GHT et améliorer la performance énergétique des établissements a été retenu. Le circuit des déchets est connu, respecté et est conforme aux bonnes pratiques (ascenseur propre-sale/espaces dédiés dans le poste de soins/locaux adaptés/local DASRI). La prise en charge des urgences vitales est structurée, autour d'une procédure connue des équipes. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgences (AFGSU dans le plan de formation annuel). Le matériel d'urgence (sac à dos d'urgence) qui se situe dans l'unité de soins est vérifié régulièrement. Le tableau d'astreinte médicale est affiché dans les unités de soins. Les médecins sont d'astreinte de 18h à 8h le lendemain. Un numéro de téléphone unique existe pour joindre les médecins en cas d'urgence. Il figure sur le tableau d'astreinte. Ce numéro est connu des professionnels. Un accès au dossier médical à distance est possible. Il y a une mutualisation des ressources Belleville, Beaujeu. La politique de Dynamique d'amélioration est commune aux deux établissements et interfacée avec le GHT HNO. Un coordinateur général des risques est désigné pour les 2 structures Belleville et Beaujeu avec un CODIR HNO, Comité de Direction Belleville /Beaujeu commun. La CME et la CSIMRT diffusent les bonnes pratiques. Le COPIL pluridisciplinaire (instance centrale de la démarche Qualité/risques) assure une réunion commune tous les 2 mois entre les 2 établissements. La politique de l'établissement en matière de qualité et de sécurité des soins est formalisée et déclinée au sein d'un plan d'actions, toutefois « l'expérience patient » n'est pas prise en compte. L'établissement est destinataire d'une veille sur les recommandations de bonnes pratiques qui sont étudiées et prises en compte, le cas échéant, par la CME. Les cadres sont les relais vers les équipes pour la mise en œuvre. Toutefois, des revues de pertinence au regard des bonnes pratiques ne sont pas encore développées. La gestion des événements indésirables est effective. L'établissement a mis en place un système de déclaration accessible à tous les professionnels. Ce système fait l'objet d'une sensibilisation de tous à l'arrivée. Le circuit de prise en compte et de diffusion des déclarations est défini. Un café FEI se réunit tous les mois pour analyser les situations. Si nécessaire, des analyses de causes profondes sont mises en place grâce à des outils identifiés et utilisés selon la situation (ALARM, ORION et Ishikawa). Un journal CREX est diffusé pour synthétiser la FEI, son analyse et ses actions d'amélioration. Il est recueilli des indicateurs qualité IQSS et des indicateurs ressources humaines. En terme d'évaluation des bonnes pratiques, des EPP sont réalisées ainsi que des patients traceurs, staff EPP au niveau de l'EMASP.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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 | 690782248 | CENTRE HOSPITALIER DE BEAUJEU | Avenue du docteur giraud 69430 Beaujeu FRANCE |
| Établissement principal | 690000591 | CENTRE HOSPITALIER DE BEAUJEU | Avenue du docteur giraud 69430 Beaujeu FRANCE |

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

| Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil | Valeur |
|--|--------|
| Autorisations | |
| Urgences | |
| Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation | |
| 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) | |
| Existence de Structure des urgences générales | |
| Existence de Structure des urgences pédiatriques | |
| Hospitalisation à domicile | |
| Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile) | |
| Autorisation de Médecine en HAD | |
| Autorisation d' Obstétrique en HAD | |
| Autorisation de SSR en HAD | |
| Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD | |
| Tout l'établissement | |
| Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement | |
| Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI | |
| Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse | |
| SAMU-SMUR | |
| Existence de SMUR général | |
| Existence de SMUR pédiatrique | |
| Existence d'Antenne SMUR | |
| Existence d'un SAMU | |
| Soins critiques | |
| Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue) | |
| Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie) | |

| | |
|--|----|
| Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC) | |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte | |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant | |
| Médecine | |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre | |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale) | |
| Patient atteint d'un cancer | |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie | |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie) | |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Autorisation de Chirurgie cardiaque | |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie | |
| Autorisation de Neurochirurgie | |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie | |
| Autorisation d'Activité de greffe | |
| 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 | 15 |
| Chirurgie et interventionnel | |

| | |
|--|----|
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie | 0 |
| Maternité | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique | 0 |
| Ambulatoire | |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie | 0 |
| Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique | 0 |
| Tout l'établissement | |
| Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine | 0 |
| Enfant et adolescent | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie | 0 |
| Patient âgé | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie | 0 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie | 0 |
| Urgences | |
| Nombre de lit en UHCD | 0 |
| Activité Hospitalière SSR | |
| Soins de suite et réadaptation | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR | 31 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR | 0 |
| Activité Hospitalière SLD | |
| Soins de longue durée | |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD | 0 |
| Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC) | |
| Chirurgie et interventionnel | |
| Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV) | 0 |
| Activité Hospitalière PSY | |
| Psychiatrie et santé mentale | |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein | 0 |

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

Annexe 3. Programme de visite

| Nb | Méthode | Sous-méthode | Champs d'applicabilité | Description traceur |
|----|-----------------|--|--|--------------------------------|
| 1 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Précautions standard |
| 2 | Patient traceur | | Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé | |
| 3 | Patient traceur | | Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé | |
| 4 | Patient traceur | | Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé | |
| 5 | Audit système | Maitrise des risques | | |
| 6 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 7 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Précautions complémentaires |
| 8 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 9 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Médicament à risque injectable |

| | | | | |
|----|------------------|--|--|--|
| 10 | Audit système | Coordination territoriale | | |
| 11 | Audit système | Dynamique d'amélioration | | |
| 12 | Traceur ciblé | Gestion des évènements indésirables graves | | Évènement indésirable critique |
| 13 | Audit système | Leadership | | |
| 14 | Audit système | QVT & Travail en équipe | | |
| 15 | Audit système | Engagement patient | | |
| 16 | Traceur ciblé | Transport intra-hospitalier des patients | | Transport interne assis ou couché entre 2 services ou le SSR et le plateau technique |
| 17 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Antibiotique per os |
| 18 | Parcours traceur | | Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé | |
| 19 | Parcours traceur | | Tout l'établissement Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé | |
| 20 | Audit système | Représentants des usagers | | |

| | | | | |
|----|---------------|---------------------------------------|--|------------------|
| 21 | Traceur ciblé | Gestion des produits sanguins labiles | | Prescription PSL |
|----|---------------|---------------------------------------|--|------------------|

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

