



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**ADDITIF AU RAPPORT DE  
CERTIFICATION  
CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY**

1 route de veyziat

Cs20100

01117 OYONNAX

# SOMMAIRE

SOMMAIRE .....	2
INTRODUCTION.....	3
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	4
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE.....	6
THÉMATIQUE « MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES ».....	7

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site Internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

## 2. L'additif au rapport de certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Le présent additif au rapport de certification rend compte de l'analyse du compte qualité supplémentaire communiqué par l'établissement après une certification avec obligation(s) d'amélioration. Cette analyse porte sur la ou les obligation(s) d'amélioration et se fait selon 3 axes :

- L'identification et la hiérarchisation des risques,
- La cohérence et déploiement du programme d'actions,
- La mobilisation des données et évaluation du programme d'actions,

Établi après une phase contradictoire avec l'établissement, l'additif au rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Raison sociale	
Adresse Département / région	1 route de veyziat 01117 OYONNAX AIN / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité Juridique	010008407	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX
Établissement principal	010005239	CENTRE HOSPITALIER DU HAUT BUGEY	1 route de veyziat Cs20100 01117 OYONNAX

Activités				
Type de Prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places	Nombre de places en ambulatoire
MCO	Chirurgie	26	/	9
MCO	Gyneco-Obstétrique	21	/	/
MCO	Médecine	76	6	/
SLD	SLD	35	/	/
SSR	SSR	30	/	/

# DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

## 1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif, issus de l'analyse du compte qualité, la Haute Autorité de santé :

- prononce la certification de l'établissement avec recommandations,

## 2. Décisions

### RECOMMANDATIONS

- Gestion du risque infectueux
- Droits des patients
- Parcours du patient
- Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
- Prise en charge des urgences et des soins non programmés
- Management de la prise en charge du patient en endoscopie

## 3. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 24 mois.

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

## THÉMATIQUE « Management de la qualité et des risques »

### 1. Engagement et pilotage

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans l'engagement de la Gouvernance ?	OUI	<p>La direction a redéfini les orientations stratégiques prioritaires et les objectifs de sa politique qualité. Cette politique 2018-2021 prend en compte les éléments du rapport de certification dans ses objectifs, comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la mise en œuvre de la politique qualité de l'établissement et son évaluation,</li> <li>- Déployer et évaluer l'impact des démarches d'évaluation de pratiques professionnelles,</li> <li>- Améliorer l'accès et la fiabilité du dispositif de gestion électronique documentaire,</li> <li>- Développer la gestion des risques a priori, en particulier dans les secteurs à risques, et des vigilances sanitaires,</li> <li>- ...</li> </ul> <p>La politique qualité de l'établissement a été validée par la CME en avril 2018.</p>
Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le pilotage de la démarche ?	OUI	<p>Le pilotage de la démarche qualité est assuré par le COPIL qualité et gestion des risques qui est composé de professionnels représentatifs des différents secteurs d'activité de l'établissement. Ses missions principales sont de soutenir la démarche qualité et gestion des risques, de piloter la démarche de certification HAS et d'assurer et évaluer la coordinateur des vigilances.</p> <p>A l'issue de la visite de certification, de nouveaux binômes de pilotes médico-soignants ont été nommés en février 2017. Ce binôme est accompagné de la responsable qualité. Des groupes de travail pluridisciplinaires se sont constitués afin d'analyser les résultats de la visite initiale et ainsi revoir l'ensemble des risques de l'établissement afin d'établir le plan d'actions.</p>

<p>Prise en compte des éléments du rapport de certification dans le management opérationnel de la démarche ?</p>	<p>OUI</p>	<p>Des commissions de travail ont été redéfinies afin de clarifier le management opérationnel de la démarche qualité et gestion des risques. Elles s'appuient sur le service qualité composé notamment de la responsable qualité et du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins.</p> <p>L'établissement compte trois commissions de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La commission EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) qui a pour mission de valider les démarches EPP et d'en assurer le suivi,</li> <li>- La commission GSSE (Gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles) qui a pour mission d'élaborer, de mettre à jour et d'évaluer les exercices, les retours d'expériences et les dispositifs de gestion des situations sanitaires exceptionnelles,</li> <li>- La commission FEI (Fiches d'Evénement Indésirable) qui a pour mission de suivre et répondre aux déclarations et ensuite d'assurer le suivi des actions d'amélioration définies.</li> </ul> <p>Les différentes instances spécifiques de l'établissement assurent également la mise en œuvre de la politique qualité.</p> <p>Des réseaux internes sont également organisés dans la mise en œuvre de la démarche qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Correspondants locaux de vigilance,</li> <li>- Pilotes des thématiques,</li> <li>- Référents qualité,</li> <li>- Auditeurs internes.</li> </ul> <p>L'organigramme de la gouvernance qualité a ainsi été mis en jour en décembre 2017.</p>
--	------------	---

## 2. Cohérence et déploiement du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
----------------	---------	---------



<p>Actualisation du plan d'actions suite au rapport de certification ?</p>	<p>OUI</p>	<p>Les plans d'actions de l'établissement ont été actualisés au regard des écarts soulevés par les experts-visiteurs dans le rapport de certification.</p> <p>Ces actions sont formalisées selon différents « blocs » : gestion documentaire, droits des usagers, gestion des risques, EPP et politique qualité.</p>
<p>Cohérence et déploiement du plan d'actions ?</p>	<p>EN GRANDE PARTIE</p>	<p>Les actions d'amélioration déployées permettent de répondre aux écarts et risques soulevés dans le rapport de certification suite à la visite initiale.</p> <p>Depuis octobre 2017, l'établissement a revu sa démarche qualité et gestion des risques dans ces différentes composantes. En effet, un travail structurant de la démarche a été mené par l'établissement avec la rédaction des différentes fiches de mission, la coordination des différentes vigilances, la rédaction du règlement intérieur du COPIL qualité, la définition des objectifs et des indicateurs de la politique qualité, l'organisation de la gouvernance qualité et la réalisation d'un PAQSS unique au sein de l'établissement. L'établissement a prévu un plan de formation pour les différents référents et auditeurs. Enfin, l'établissement renforce sa communication envers les professionnels avec son premier numéro « info qualité » d'avril 2018.</p> <p>La gestion documentaire est en cours de restructuration. Depuis fin 2017, un travail conjoint entre le service qualité et le service informatique est réalisé afin d'améliorer la procédure de gestion documentaire avec de nouvelles règles de référencement et de nouveaux modes de recherche des documents dans la GED. L'ensemble des documents est intégré dans la base documentaire informatique, l'établissement a prévu de revoir tous les documents afin de les mettre à jour d'ici février 2021. La responsable qualité organise des formations annuelles à la gestion documentaire électronique pour les professionnels de l'établissement. Le service qualité a prévu de réaliser une enquête de satisfaction en juin 2019 sur le sujet.</p> <p>L'établissement a révisé sa politique EPP et les missions de la commission EPP afin d'impliquer d'avantage la communauté médicale, de couvrir l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement, de développer des indicateurs de pratiques cliniques et de revues de pertinence de soins. En</p>

		mars 2018, tous les secteurs d'activité de l'établissement sont couverts par une EPP. Chaque pilote d'EPP doit communiquer 2 fois par an leurs résultats à la commission EPP. L'établissement a prévu une formation en mai 2018 sur les retours d'expérience et les RMM afin de développer ces outils dans chaque pôle de l'établissement.
Échéances définies et acceptables ?	EN GRANDE PARTIE	Les échéances de réalisation sont définies. Des actions ont été finalisées quelques mois après la visite initiale. Beaucoup d'actions sont encore en cours au moment de la transmission du compte qualité supplémentaire. Dans chacun des « blocs » d'actions, certaines actions ne sont pas commencées avec une échéance pouvant aller jusqu'en décembre 2021.
Suivi de la mise en œuvre et efficacité des actions ?	OUI	L'établissement a identifié les modalités de suivi pour l'ensemble des actions du compte qualité supplémentaire. Elles permettent de suivre l'avancée des travaux réalisés.

### 3. Mobilisation des données et évaluation du programme d'actions

Axes d'analyse	Réponse	Constat
Actualisation des données suite au rapport de certification ?	OUI	L'établissement a actualisé les données de son compte qualité depuis la visite de certification et l'a complété de nouvelles données de suivi.  Chaque donnée du compte qualité supplémentaire est en lien avec les écarts soulevés par les experts-visiteurs lors de la visite initiale. Les données permettent de suivre les résultats sur les démarches EPP, sur la gestion documentaire, sur les événements indésirables, sur les réclamations...
Présence de résultats démontrant une	EN GRANDE PARTIE	L'augmentation significative des déclarations des événements indésirables permet de souligner la mobilisation des équipes suite à la restructuration de

<p>amélioration ?</p>		<p>la démarche qualité ; on passe de 400 déclarations en décembre 2015 à 726 déclarations en décembre 2017. Toutefois, l'établissement n'a pas encore réalisé d'exercice par rapport à leur réorganisation des vigilances (exemple ; plan bleu, plan blanc).</p> <p>Les données montrent également tout le travail réalisé autour des démarches EPP. En effet, 100% des secteurs d'activité sont couverts par une EPP : 9 démarches aux urgences et court séjour ; 12 en médecine, chirurgie et SSR ; 8 au pôle femmes-enfants ; 2 au pôle hébergement ; 5 au pôle médico-technique et 1 EPP transversale. Parmi ces différentes EPP, 17% concernent la pertinence des soins et 42% des indicateurs de pratique clinique. En octobre 2017, 9 EPP ont progressé d'une étape dans leur développement.</p> <p>La GED de l'établissement compte l'intégration de 1254 documents en décembre 2017 avec seulement 6% de documents expirés.</p>
-----------------------	--	--