



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL DE PEDIATRIE
ET DE REEDUCATION
DE BULLION**

Hpr route de longchene
78830 Bullion



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	11
Chapitre 3 : L'établissement	13
Table des Annexes	15
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	16
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	17
Annexe 3. Programme de visite	21

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 sous conditions de l'établissement.

Présentation

HOPITAL DE PEDIATRIE ET DE REEDUCATION DE BULLION	
Adresse	Hpr route de longchene 78830 Bullion FRANCE
Département / Région	Yvelines / Ile-de-france
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	780530010	HOPITAL DE PEDIATRIE ET DE REEDUCATION DE BULLION	Route de longchene 78830 Bullion 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
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
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, **98** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Au sein de l'hôpital de Pédiatrie et de Rééducation (HPR) de Bullion, le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé. L'enfant ou l'adolescent est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge, en particulier dans l'établissement et le suivi de son projet de soins individualisé pour lequel son consentement est recueilli. En ce sens, des formations régulières à un système de communication augmentée permettent aux professionnels d'adapter leur langage et leur posture auprès des enfants/adolescents non communicants. Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé et d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge. Il désigne la personne à prévenir de son choix dès son admission et est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Les enfants et adolescents le nécessitant, ainsi que leurs parents, sont informés et donnent leur consentement pour des traitements par produits sanguins labiles. L'enfant ou l'adolescent et ses parents (ou ses représentants légaux) sont informés par affichage et par les professionnels sur les représentants des usagers, les associations, aides techniques et humaines disponibles. L'enfant ou l'adolescent est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction. L'enfant ou l'adolescent bénéficie le plus souvent d'un environnement adapté et du respect de son intimité et de sa dignité. En effet, dans différents secteurs (comme par exemple dans les unités Atlas ou Oural), il existe des chambres triples ou quadruples ne permettant pas toujours de répondre à ce besoin. La direction a précisé la rédaction d'un plan architectural visant à augmenter le nombre de chambres simples d'ici plusieurs années au terme des travaux envisagés. L'enfant ou l'adolescent vivant avec un handicap bénéficie d'évaluations et d'adaptation de prise en charge afin d'assurer le maintien de son autonomie tout au long de son séjour. L'enfant ou l'adolescent bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le recours à la contention mécanique relève le plus souvent d'une décision médicale. Cependant, dans certains secteurs (comme par exemple les secteurs Carpates, Nevada ou Atlas), la contention mécanique et son rapport bénéfique/risque ne sont pas systématiquement tracés ou réévalués et notés dans le dossier médical. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité. Le patient bénéficie le plus souvent de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. Cependant, dans certains secteurs (comme par exemple dans les unités Nevada, Carpates ou en Hôpital de jour), la traçabilité de l'évaluation de la douleur et sa réévaluation ne sont pas assurés de façon systématique et régulière. Les parents (ou les représentants légaux), proches et/ou aidants sont impliqués de façon active dans la mise en œuvre du projet de soins. Leur présence est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite. En particulier, une maison des parents d'une capacité de 15 chambres est située dans l'enceinte de l'établissement à proximité immédiate des secteurs de soins. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates. L'enfant vivant avec un handicap et ses parents expriment les besoins et préférences afin de personnaliser le projet de soins. Tous les enfants admis à l'HPR de Bullion bénéficient de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation. En particulier il existe un bilan éducatif réalisé dès l'admission et de nombreux modes permettant d'assurer la scolarité de l'enfant que ce soit grâce à l'école au sein de l'établissement, la gestion des transports en lien avec l'école primaire de Bullion ou le collège de Bonnelles. Les conditions de vie habituelles de l'enfant sont également prises en compte pour la préparation de la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les pertinences des décisions de prise en charge, d'admission et du séjour en SSR sont argumentées et réévaluées en équipe lors de staffs ou de réunions de synthèse. La pertinence du recours à des limitations des contacts, des visites, est argumentée et réévaluée comme par exemple lors de la période épidémique de COVID. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques n'est pas systématiquement argumentée et réévaluée bien qu'une alerte informatique existe au sein du DPI entre la 48ème et la 72ème heure. La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée mais n'est pas systématiquement tracée au sein du dossier patient, comme par exemple dans l'unité Nevada. Le dossier du patient est en cours d'informatisation. Il est pour l'essentiel accessible aux professionnels impliqués. Cependant, il existe de nombreux éléments tracés sur des supports papier (évaluation des soins de support, observations médicales dans certains secteurs) et conservés par les professionnels concernés. La direction a fait part du projet d'informatisation de ces différents éléments. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins lors de transmissions quotidiennes de staffs hebdomadaires ou de synthèses pluridisciplinaires mensuelles. L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise. Le carnet de santé, le dossier du patient sont mis à jour à l'issue du séjour pour assurer la continuité des soins. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri-professionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie, grâce à des personnes en cours de formation (DU de soins palliatifs) ou des associations comme par exemple PALIPED, Équipe Régionale Ressource en Soins Palliatifs Pédiatriques (ERRSPP) d'Île-de-France. Une lettre de liaison à la sortie est le plus souvent remise au patient et adressée au médecin traitant. Cependant, lors d'interruptions de séjour, comme par exemple lors de vacances thérapeutiques, les documents ne sont pas systématiquement remis aux parents. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge, soit par l'utilisation de la photographie des enfants, soit par l'utilisation de bracelets d'identification dans des situations définies comme les sorties, les transports pour des examens complémentaires. Les équipes maîtrisent partiellement la mise en application des vigilances sanitaires. Certains professionnels de santé (infirmières par exemple) déclarent ne pas maîtriser les connaissances relatives aux différentes vigilances s'appliquant à l'établissement. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments. Cependant, l'ergonomie des chariots de soins ne permet pas d'assurer la traçabilité en temps réel dans tous les secteurs de soins mis à part l'hôpital de jour, le matériel informatique étant déporté et non intégré au chariot de médicaments. Ceci entraîne soit une traçabilité différée, soit le transport des médicaments en dehors du chariot de soins, sur le matériel informatique mobile qui reste dans les couloirs, et ne permet pas de les sécuriser lorsque l'infirmière est dans une chambre pour réaliser l'administration. Les équipes maîtrisent partiellement l'utilisation des médicaments à risque. Des affiches et des sensibilisations sont initiées depuis quelques semaines au sein de l'établissement parmi les professionnels ayant pu être détachés des soins. L'évaluation du taux de personnel sensibilisé et l'appropriation par les équipes au sein des différents secteurs n'a pas encore été initiée. L'approvisionnement et le stockage des produits de santé sont le plus souvent réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Cependant, l'accès aux produits de santé n'est pas réalisé conformément aux recommandations de bonnes pratiques. En effet, l'accès à la pharmacie est, à ce jour, autorisé au médecin de garde. L'établissement a pris conscience de cet élément a initié une évaluation de la fréquence et des motifs d'accès ainsi que des mesures corrective qui pourraient être envisagées. Les équipes maîtrisent le plus souvent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie. Cependant, lors d'interruptions de séjour, comme par exemple lors de vacances, une synthèse thérapeutique n'est pas systématiquement établie. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle. Les équipes maîtrisent

le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains dans tous les secteurs de l'établissement et pour toutes les catégories professionnelles. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires dans la plupart des unités. Elles maîtrisent également le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates, en particulier lors de la gestion des lignes de cathéter central pour les nutriments parentéraux prolongés ou les enfants nécessitant une chimiothérapie. Les équipes sont sensibilisées aux obligations et recommandations vaccinales. Des évaluations internes sont réalisées régulièrement afin de maintenir le taux de couverture vaccinale contre la grippe par exemple. Le transport des patients en intra-hospitalier est maîtrisé, par du personnel dédié, par l'utilisation de véhicules de l'établissement ou grâce à l'intervention de prestataires externes. Il permet d'assurer le transport des enfants entre les secteurs de soins, les plateaux techniques ou en dehors de l'établissement, l'école, le collège, l'accès à l'imagerie ou pour un avis surspécialisé. L'évaluation par les équipes d'éléments permettant d'alimenter la démarche qualité et des plans d'actions n'est pas active pour les résultats cliniques. Concernant la satisfaction et l'expérience du patient, les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins ou les événements indésirables associés aux soins, il existe des modalités de recueil hétérogènes, mais qui ne sont pas analysées. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale sont partiellement mises en place. Il existe par exemple un appareil de biologie délocalisée au sein de l'établissement. Il permet d'aider le clinicien à prendre des décisions en urgence mais n'est pas, à ce jour, intégré au dossier patient informatisé, ni validé par un médecin biologiste.

Chapitre 3 : L'établissement

L'HRP de Bullion participe aux projets territoriaux de parcours du territoire, il est le seul SSR pédiatrique public du GHT Yvelines Sud. Si certaines conventions sont formalisées, d'autres comme par exemple pour la réalisation et l'interprétation de l'imagerie ne sont pas encore établies. Au sein de l'établissement les modalités de communication permettent le plus souvent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement. Cependant, le système de téléphonie interne limite parfois l'accès aux professionnels de santé en temps réel. La direction a précisé avoir initié une réflexion sur ce sujet. L'établissement n'a pas encore initié de démarche active dans le domaine de la recherche clinique. L'établissement promeut partiellement le recueil de l'expression du patient. Il existe un questionnaire de satisfaction remis à la sortie des patients. Les secrétaires sont sensibilisées sur l'importance du recueil des coordonnées e-mail afin de permettre aux patients de participer à l'enquête nationale e-Satis. Cependant, les résultats de ces évaluations ne sont pas exploités. L'expertise des patients n'est pas mobilisée, en dehors de programmes d'éducation thérapeutique actifs au sein de l'établissement. L'établissement veille à la bientraitance, lutte contre la maltraitance ordinaire ou situations dont ont été victimes les patients. Les enfants vivant avec un handicap sont une priorité de l'établissement, que ce soit en assurant l'accessibilité de ses locaux ou l'accès aux soins. L'établissement est organisé pour permettre à l'ayant droit d'accéder au dossier de son enfant. L'établissement entretient partiellement l'accès aux innovations pour les patients. En effet, les enfants pour lesquels un protocole de chimiothérapie innovant a été initié par un établissement de référence, voient leur participation à ce protocole poursuivie au sein de l'HRP de Bullion. En dehors de ces patients, des démarches propres à l'établissement ne sont pas encore initiées. L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement et au sein des instances via la commission des usagers. La gouvernance fonde partiellement son management sur la qualité et la sécurité des soins. La commission médicale d'établissement, l'encadrement et les représentants d'usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité sécurité-gestion des risques actualisée en février 2020. La gouvernance a par exemple proposé des formations par e-learning sur la certification afin d'implémenter la culture qualité. Elle ne décline cependant pas les autres axes de la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur le rapport de certification précédent, mais n'incluent pas une analyse globalisée d'un ensemble de risques identifiés, de suivi d'indicateurs ou de résultats d'audits ou d'enquêtes. L'établissement n'a pas encore entrepris d'initiatives en faveur du développement d'une culture de sécurité des soins. L'établissement a fait part de sa volonté de développer cet axe d'amélioration dès l'arrivée d'un nouvel ingénieur qualité prévue d'ici quelques mois. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge, que ce soit au long cours avec une politique de recrutement, d'accueil et d'encadrement des nouveaux arrivants par compagnonnage, ou de façon aigüe par des réunions de crise permettant d'adapter les ressources humaines disponibles afin d'assurer la sécurité des soins. Il existe un pool de 4 IDE permettant d'assurer en interne les remplacements et un système de vacations. Une réflexion est en cours afin de diminuer le capacitaire en hospitalisation conventionnelle (certains lits étant actuellement fermés pour travaux) et ainsi obtenir une meilleure adéquation entre le nombre d'enfants accueillis et les ressources humaines disponibles. Les responsables d'équipe bénéficient de coaching en management, de réunions de débriefing en équipe ou de réunions hebdomadaires « médecins-cadres ». La gouvernance n'a pas encore initié de démarches permettant d'impulser et de soutenir le travail en équipe, comme par exemple des démarches collectives portant sur la dynamique d'équipe ou la synchronisation des temps de travail. Il existe néanmoins des temps d'échanges, comme par exemple les réunions « médecins-cadres » hebdomadaires permettant d'améliorer l'organisation du travail au plus près du

terrain. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées et suivies au sein d'un plan de formation que ce soit pour les Gestes et Soins d'Urgence ou de nombreuses formations autour de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent, ceci répondant aux attentes du personnel et aux besoins identifiés au sein de l'institution. A ce jour, la politique de qualité de vie au travail (QVT) n'est pas formalisée au sein d'un document récent, basé sur des questionnaires de satisfaction des personnels ou des données telles que les composantes démographiques, l'analyse de l'absentéisme, du turnover ou des arrêts maladie. Ceci ne permet pas encore aux instances représentatives des professionnels ou à l'encadrement de s'investir pleinement dans l'élaboration, le suivi et l'évaluation de cette démarche. Depuis quelques mois, des analyses des pratiques professionnelles ont été mises en place avec une psychologue dédiée, à périodicité définie. L'encadrement assure la gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits au sein des unités. Il n'y a pas encore de procédure spécifique institutionnelle proposant une médiation et respectant la confidentialité. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est relativement maîtrisée. Le plan Blanc mis à jour en 2018 nécessite d'être actualisé selon les dernières recommandations en vigueur. Les risques numériques ne sont que partiellement maîtrisés. Des sensibilisations sont effectuées sur les risques liés aux messageries. Cependant, certains risques ne sont pas encore pris en compte, comme par exemple les modifications de mots de passe qui ne sont pas imposées à périodicité définie ou des sessions de travail génériques qui sont à ce jour accessibles à tous. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est partiellement assurée. Le plan de sécurisation de l'établissement n'est pas encore formalisé. Concernant la protection des biens des patients, certains adolescents disposent de casiers fermant avec un cadenas dans certains secteurs contrairement à d'autres. Les enjeux du développement durable sont partiellement maîtrisés, le plan de maîtrise des risques environnementaux n'étant pas initié à ce jour. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement, grâce à une formation régulière des agents, des chariots armés et vérifiés, un numéro d'appel unique et un médecin présent sur place 24h/24 tous les jours. Le pilotage des revues de pertinence des pratiques n'est pas encore initié au sein de l'établissement. Concernant l'analyse et l'exploitation par la gouvernance d'éléments permettant d'alimenter la politique qualité, différentes données ne sont pas à ce jour utilisées comme par exemple : le point de vue du patient, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, l'analyse des événements indésirables ou de la pertinence des pratiques. La collecte d'informations concernant certains de ces paramètres est néanmoins initiée. En conclusion, la Commission de certification attire particulièrement l'attention de l'établissement sur la nécessité de renforcer : Le portage collectif et la mise en œuvre de la démarche qualité à l'échelle de l'établissement Les mesures visant à garantir l'intimité des patients (dans les unités Atlas ou Oural, il existe des chambres triples ou quadruple) L'évaluation des pratiques, d'analyse collective des événements indésirables et des résultats d'indicateurs cliniques L'évaluation du rapport bénéfice/risque de la contention mécanique, sa réévaluation régulière et sa traçabilité dans le dossier médical La traçabilité de l'évaluation de la douleur et sa réévaluation régulière. La traçabilité dans le dossier de l'analyse de la pertinence des actes transfusionnels La maîtrise des risques liés au circuit du médicament, notamment pour les médicaments à risques La maîtrise du risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie La sensibilisation des professionnels au travail en équipe A l'appui de ces éléments et de la globalité des résultats, la commission de certification prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera organisée pour réexaminer le niveau de qualité de l'établissement.

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	780530010	HOPITAL DE PEDIATRIE ET DE REEDUCATION DE BULLION	Route de longchene 78830 Bullion FRANCE
Établissement principal	780001657	HOPITAL DE PEDIATRIE ET DE REEDUCATION DE BULLION	Hpr route de longchene 78830 Bullion 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	0
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	130
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	10
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	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - injectable ou per os
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		SSR HC APPAREIL LOCOMOTEUR / MPR : Pavillon PETIT
3	Audit système	Coordination territoriale		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	Engagement patient		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Entretien Professionnel		

10	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Programmé</p>	
11	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	
12	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
13	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
14	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
15	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Patient assis accompagné d'un brancardier (Chambre > plateau technique)

16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Dynamique d'amélioration		
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - injectable ou per os
19	Audit système	Représentants des usagers		
20	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Programmé	
22	Audit système	Maitrise des risques		
23	Audit système	QVT & Travail en équipe		
24	Audit système	Leadership		
25	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Priorisation de l'unité de soins où est réalisée la transfusion : Hématologie, Réanimation, Oncologie, Orthopédie / Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		IAS - Précautions standards et complémentaires
27	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		TC balnéothérapie

28	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
29	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	

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

