



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CHI DE L'OUEST VOSGIEN**

1280, avenue division leclerc

Bp 249

88307 Neufchateau



Validé par la HAS en Février 2023

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Février 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.	15
Objectif 1.2 : Le patient est respecté.	17
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	19
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	20
Chapitre 2 : Les équipes de soins	21
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	25
Objectif 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	26
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	28
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	30
Chapitre 3 : L'établissement	31
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	35
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	36
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership	37
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	38
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	39
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	40
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	41
Table des Annexes	42
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	43
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	44
Annexe 3. Programme de visite	48
Annexe 4. Fiches Anomalies	57
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins	71

# 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**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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

CHI DE L'OUEST VOSGIEN	
Adresse	1280, avenue division leclerc Bp 249 88307 Neufchateau Cedex FRANCE
Département / Région	Vosges / Grand-Est
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	880007299	CHI DE L'OUEST VOSGIEN	1280 avenue de la division leclerc Bp 249 88307 NEUFCHATEAU CEDEX FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

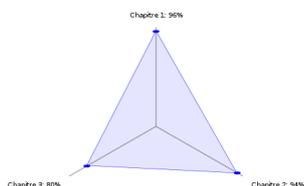
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, [119](#) critères lui sont applicables

# Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

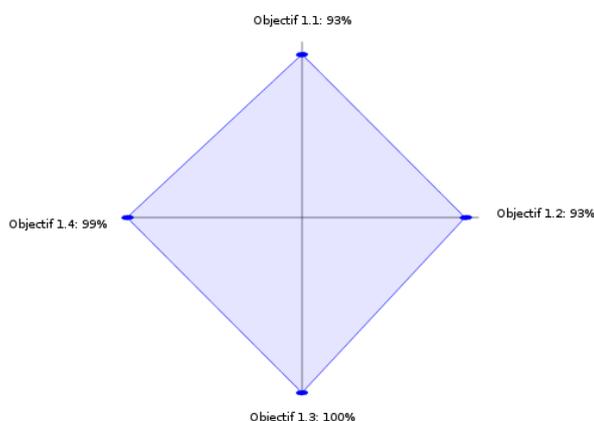
## 89.81%

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

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	92%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	67%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	92%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	92%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	98%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)	100%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins	98%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	90%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	71%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	70%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	50%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.1-07	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	50%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	75%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	93%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	0%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	0%

# Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre  
**96%**  
du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	93%
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	99%

Le patient pris en charge au Centre Hospitalier Ouest Vosgien reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé ainsi que sur les hypothèses et confirmations diagnostiques. Le livret d'accueil est systématiquement remis au patient, à l'exception de l'USLD où les informations du livret d'accueil sont intégrées dans le règlement intérieur du service et le contrat de séjour, remis au patient et à son entourage lors de son admission. Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge. Il exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins. L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins. Le patient bénéficie de messages de prévention pour promouvoir sa santé et réduire ses risques. Au SSR de Vittel en revanche, les supports d'information sur les messages de santé publique ne sont pas affichés. L'implication du patient dans sa prise en charge est assurée. Une organisation est en cours de déploiement pour proposer un projet de naissance aux futurs parents s'ils le souhaitent. Le patient désigne quasi systématiquement la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits. Il est également informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées. Toutes les informations liées aux produits sanguins et aux médicaments dérivés du sang administrés au patient lui sont délivrées. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge ; un passeport ambulatoire complet accompagne son parcours. Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées ; cette information et sa traçabilité ne sont cependant pas systématiques pour l'ensemble des patients rencontrés. Il a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Le patient est seulement ponctuellement informé sur les représentants des usagers qui peuvent l'accompagner ; cette information n'est, la plupart du temps, pas connue des patients rencontrés. Cependant cette information est présente dans le livret d'accueil et dans le panneau d'affichage à destination des Usagers à l'entrée de tous les services. Le patient est invité à faire part de sa

satisfaction grâce à un questionnaire adapté ; il existe également plusieurs questionnaires de satisfaction spécifiques à certains services qui permettent de mieux cibler les thématiques. En revanche, les patients ignorent le plus souvent la possibilité de déclarer un événement indésirable grave lié au soin. D'une façon générale, on note qu'il manque une démarche d'accompagnement à la lecture du livret d'accueil. L'établissement met en place des mesures qui visent à garantir le respect de l'intimité et de la dignité du patient, que ce soit au niveau des pratiques qu'au niveau de son environnement. Cependant, les conditions d'accueil de plusieurs secteurs d'activité ne permettent pas, à ce jour, le respect de la dignité et de l'intimité : les services d'hospitalisation de médecine et de chirurgie à Neufchâteau ne disposent que de 2 douches pour 30 lits et aucun équipement complémentaire mobile n'est accessible ; le service des urgences ne dispose que d'une seule salle d'attente où se trouvent, en étroite contiguïté, les patients mobiles, les patients en brancards et les accompagnants ; la surface de la salle de surveillance continue (SSPI) n'est pas adaptée à son activité (présence de 7 patients en salle SSPI avec des brancards espacés de moins d'un mètre sans dispositif de séparation, non séparation hommes et femmes). L'établissement s'est engagé dans un important programme de travaux pour faire face notamment à ces constats : nouveau bloc opératoire et SSPI avec une date d'ouverture annoncée pour octobre 2022 (les nouveaux locaux ont pu être visités lors de la visite de certification) ; travaux d'extension des urgences prévus courant 2023 ; pas de projet à ce jour cependant pour les services d'hospitalisation. A l'USLD de Vittel, en revanche, il a été noté la généralisation des chambres individuelles et la présence de rails plafonniers dans chaque chambre facilitant les transferts des patients. Le patient mineur qui va au bloc opératoire fait l'objet d'un accueil et d'une prise en charge personnalisés. Le patient mineur ne bénéficie cependant pas toujours d'un environnement adapté : les enfants sont présents avec les adultes dans la salle d'attente des urgences ; la SSPI ne dispose pas de zone dédiée à l'accueil des enfants. Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Cela est également tout particulièrement le cas pour le patient âgé. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale. Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires tout au long de sa prise en charge. L'anticipation de la douleur, le soulagement et les réévaluations régulières sont assurées, avec notamment une démarche adaptée à l'enfant ; cependant, quand une prescription "si besoin" est réalisée, le niveau de la douleur n'est pas systématiquement précisé. Les proches du patient peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins. La présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite, lorsque la situation le nécessite, notamment celle des parents lorsque l'enfant est hospitalisé ou encore le conjoint avec la mère et le nouveau-né. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie, s'il le souhaite, d'une orientation vers les services sociaux et associations adéquates. Le recours à une assistante sociale est facilité pour l'ensemble des services de l'établissement. Le patient vivant avec un handicap peut exprimer ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins. Pour les patients mineurs, les modalités de prise en charge intègrent les préoccupations sociales, éducatives et scolaires. En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie.

### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

En service USLD, le livret d'accueil du CHOV n'est pas remis car inapproprié pour ce secteur, mais et systématiquement remis le règlement intérieur du service et le contrat de séjour au futur résident et à sa famille. Suppression de la mention « sauf à l'USLD », reformulation en « à l'exception de l'USLD où les informations du livret d'accueil sont intégrées dans le règlement intérieur du service et le contrat de séjour, remis au patient et à son entourage lors de son admission. »

Annexe :

I.1.1 règlement de fonctionnement, I.1.2 Contrat de Séjour et avenant L'établissement a réalisé un travail d'uniformisation des affichages à destination des Usagers notamment les messages de prévention et de santé publique dans tous les services de soins. L'établissement a réalisé un calendrier de messages de santé publique mensuel communiqué par affichage aux usagers dans chaque unité (cf annexe) Suppression de la phrase : « Au SSR de Vittel en revanche, les supports d'information sur les messages de santé publique ne sont pas affichés »

Annexes :

I.2.1 Photos des affichages de Santé publique en SSR site Vittel I.2.2 Calendrier Santé Publique 2ème semestre 2022 L'information concernant les RU est présente dans le livret d'accueil et dans le panneau d'affichage à destination des Usagers à l'entrée de tous les services. Ajout de la phrase « Cependant cette information est présente dans le livret d'accueil et dans le panneau d'affichage à destination des Usagers à l'entrée de tous les services. » après la phrase « Le patient est seulement ponctuellement informé sur les représentants des usagers qui peuvent l'accompagner ; cette information n'est, la plupart du temps, pas connue des patients rencontrés. »

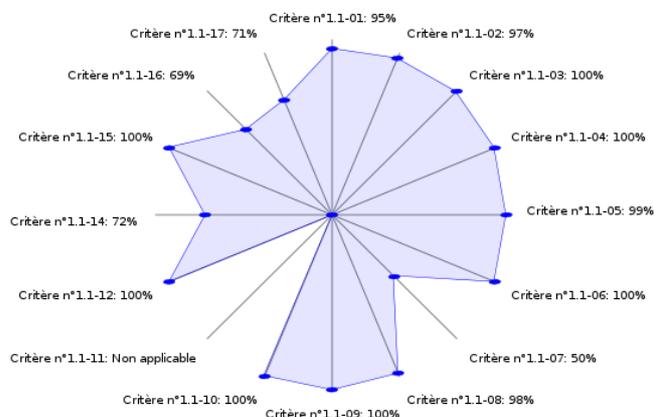
Annexe 3 :

I.3.1 Photo tableau d'affichage I.3.3 Annexe du livret d'accueil concernant la CDU et les RU

### Réponse de la HAS

Accepter partiellement

# Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.

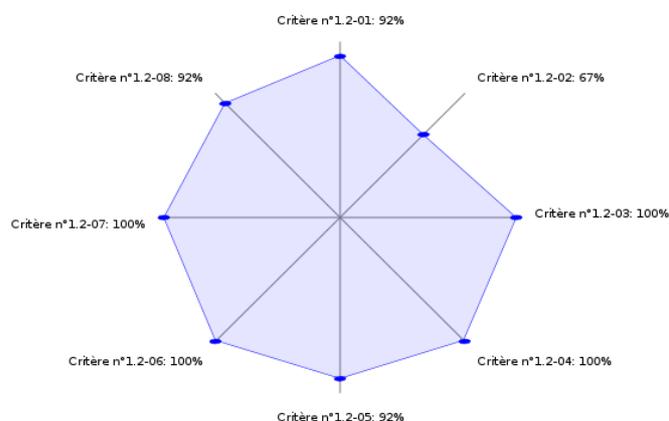


Score de l'objectif  
**93%**

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	95%
1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	97%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	99%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-07	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	50%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	98%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	100%
1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	100%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés	Non Applicable
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	100%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	72%

1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	100%
1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	69%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	71%

## Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de  
l'objectif  
**93%**

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	92%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	67%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	92%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	100%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	92%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-69029

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-01

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-71016

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-01

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-69030

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-01

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-69031

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-01

**Numéro de la fiche anomalie** : ANOM-68042

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-02

**Numéro de la fiche anomalie** : ANOM-69032

Critère concerné par la fiche anomalie : 1.2-02

## Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%



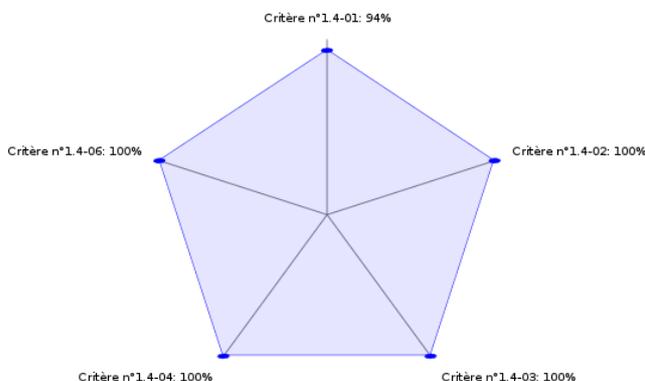
Critère n°1.3-03: 100%

Score de  
l'objectif

**100%**

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

# Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

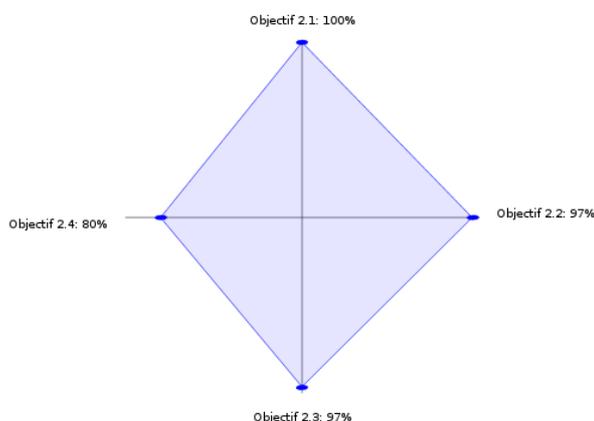


Score de l'objectif

**99%**

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	94%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	100%
1.4-04	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	100%

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre

**94%**

du score maximal

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	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	80%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe : la pertinence des parcours de SSR vers les SLD, du parcours de pédiatrie vers la chirurgie ambulatoire ou encore du parcours en nutrition de l'adolescent sont à souligner. L'orientation du patient au décours de la prise en charge par le SMUR est argumentée avec l'équipe d'aval. La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe. Lorsque les conditions le permettent, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée : l'établissement dispose de référents par services et d'un accès à des référents régionaux ; les services de médecine, de chirurgie et de SLD bénéficient d'audits réguliers des pratiques d'antibiothérapie. La pertinence de la transfusion de produits sanguins labiles est argumentée. Le dossier médical préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient. Sa saisie par le SMUR grâce à des tablettes numériques et son transfert complet en PDF dans le dossier informatisé du patient garantissent la bonne traçabilité des informations. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge. On note cependant l'absence d'une échelle de tri et un niveau inégal de formation des Infirmier d'Accueil et d'Orientation (40 % seulement des IDE occupant la fonction d'IAO sur le site de Neufchâteau sont formées à l'accueil). L'établissement s'engage à créer une concertation sur l'échelle de tri et sur la formation des IAOL'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement. Le dossier patient, complètement informatisé pour l'ensemble des prises en charge des deux sites de l'établissement (sauf le dossier de suivi de grossesse et le partogramme), est complet et accessible à l'ensemble des professionnels impliqués. On note cependant ponctuellement l'absence de traçabilité d'informations médicales dans certains services : absence du suivi quotidien le week end en chirurgie, absence du CR d'extraction instrumentale par l'obstétricien. Par ailleurs, le kinésithérapeute libéral intervenant en SLD n'a pas accès au dossier patient informatisé. L'établissement s'engage à corriger cet accès. Les équipes se

coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins et associent largement les professionnels des services support. Il existe des programmes d'éducation thérapeutique dans différents secteurs (diabétologie, lombalgies). La conciliation des traitements médicamenteux est en phase de déploiement dans l'établissement. Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité. L'équipe de soins peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours et d'expertise : équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile gériatrique, diététicienne, équipe douleur, équipe opérationnelle d'hygiène, ... Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences et, le cas échéant, de la prise en charge d'enfants. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list "Sécurité du patient" est utilisée de manière systématique et exhaustive par tous les intervenants. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient. Le carnet de santé de l'enfant et son dossier patient sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins. Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelles et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. Une lettre de liaison à la sortie est systématiquement adressée au médecin traitant. Dans plusieurs services elle n'est cependant pas remise directement au patient lors de sa sortie (hôpital de jour chimiothérapie, chirurgie, SSR). Il existe un dossier de liaison ville/hôpital pour les patients suivis en oncologie. Dans la majorité des services, les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge : documents identifiés, présence d'un bracelet d'identification. On note cependant l'absence du port systématique du bracelet dans certains services : aux urgences le bracelet n'est posé que pour les personnes confuses ; à l'USLD il n'est posé que pour les patients sortants ou déambulant ; absence de bracelet à l'HDJ de diabétologie à Vittel. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires ascendantes (existence de vigilants pour tous les risques) et descendantes (système de diffusion des alertes opérationnel). Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation et les bonnes pratiques d'administration des médicaments. Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque. Cependant, il n'existe qu'une liste globale des médicaments à risque pour l'ensemble de l'établissement et non des listes par discipline qui permettraient aux professionnels concernés d'être sensibilisés aux risques spécifiques de leur service. Les modalités d'approvisionnement et de stockage des médicaments et dispositifs médicaux sont définies. On note cependant des usages qui ne sont pas conformes aux bonnes pratiques. En chirurgie polyvalente on trouve un mélange de 2 spécialités dans un même compartiment sans étiquetage ainsi qu'une absence de la date de péremption sur la plaquette (découpage à l'envers). Au bloc opératoire plusieurs médicaments sont mélangés dans un haricot et on note l'absence de liste des professionnels habilités à transporter des stupéfiants. En SSR B (Vittel), l'insuline est identifiée au numéro de chambre sans indication du nom du patient. En SSR Neufchâteau, les insulines sont mélangées dans un même compartiment sans étiquetage. Lorsque l'établissement délivre les traitements personnels des patients qui ne les ont pas amenés avec eux, la délivrance et le stockage se font dans des sachets non identifiés (HDJ diabétologie à Vittel). Dans certains postes de soins, les médicaments ne sont pas sécurisés car les locaux de soins ne sont pas fermés (chimiothérapie) ; l'établissement a immédiatement réagi à ce constat en sécurisant le local. A l'UHCD on note l'absence d'étiquetage des suppositoires dans le réfrigérateur. On note également la présence de produits périmés dans certains services : en chirurgie polyvalente, la totalité d'une spécialité d'antibiotiques est périmée (20 flacons) ; à l'UHCD, présence d'un flacon de Rifadine périmé. Les équipes s'assurent de l'absence de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie. Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle ; les protocoles sont définis, connus et mis en application. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Elles connaissent et appliquent les précautions adéquates, standard et complémentaires. On note la présence de référents hygiène dans tous les services et l'existence d'un CLIAS. Des protocoles à jour sont intégrés dans la GED et connus des professionnels. Des formations sont organisées pour s'assurer des bonnes pratiques d'hygiène. De nombreuses évaluations sont également menées : audit d'observation (hygiène des mains, précautions complémentaires), suivi des BHRE, suivi des IAS. Celles-ci impliquent l'EOH. Les circuits des déchets et du linge sale sont conformes. Les professionnels sont formés aux les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Le risque

infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables est maîtrisé. On note l'existence de grilles d'observance intégrées dans le dossier pour tous les dispositifs invasifs. Les équipes respectent, dans la majeure partie des cas observés, les bonnes pratiques per-opératoires. Cependant, lors de la visite du bloc opératoire, un anesthésiste a pénétré dans les locaux en tenue civile avec blouse de parcours extérieur et présence de surchaussures uniquement. Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales. L'établissement assure la promotion des vaccinations et un accès facilité pour tous les professionnels. Les responsables d'unité connaissent les taux de vaccination de leurs équipes et les communiquent en interne. Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants sont maîtrisés. Au bloc, on note la présence de 2 référents radioprotection. La prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat sont réalisées. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin (notamment pour la pédiatrie) ou sous condition du score de Chung. Le transport des patients en intra-hospitalier est adapté aux besoins des services et le personnel est systématiquement formé (AFGSU, hygiène, identitovigilance). L'ensemble des services disposent de référents qualité. Des enquêtes patients et des CREX sont menés. Certains domaines très ciblés font l'objet de suivis structurés : douleur (y compris douleur iatrogène de l'enfant), hygiène, activité des urgences (avec de nombreux indicateurs). Pour les autres secteurs, on retrouve cependant peu de plans d'actions d'amélioration des pratiques cliniques et dont les effets sont mesurés. Les équipes s'appuient relativement peu sur l'évaluation de la satisfaction et sur l'expérience patients pour évaluer leurs pratiques. Les retours des enquêtes e-satis et des questionnaires de sortie sont davantage communiqués aux équipes sur la base des taux de réponse que sur les données permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge. L'établissement dispose d'indicateurs qualité mais ne s'appuie que très partiellement sur eux pour inviter les équipes à mettre en place des actions d'amélioration. Le seul indicateur communément connu des équipes rencontrées est l'ICSHA. Les EIAS sont déclarés par les professionnels via une application informatique connue et maîtrisée. Le taux de déclaration était de 860 en 2021. Les EIG sont analysés en CREX et des actions d'amélioration sont mises en œuvre (par exemple création de la fonction IAO après un événement indésirable grave aux urgences). Cependant, l'exploitation des résultats agrégés des EIAS reste partielle ; en effet les EI sont classés par processus, par nature et par pôle mais sans niveau de gravité ni bilan des mesures de suivi. Dans le secteur des soins critiques, il n'existe pas de registre des refus d'admission, ni de suivi des réhospitalisations. Dans le bloc opératoire, les modalités de réalisation de la chek-list sont analysés et les résultats sont exploités collectivement. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats de laboratoires et d'imagerie sont en place.

## Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

A la suite de la visite un groupe de travail est prévu le 7 Novembre pour définir en concertation une échelle de tri, une partie des IDE a bénéficié de la formation IAO en 2022, le plan de formation 2023 (en cours de validation) intègre cette formation pour atteindre un objectif de 100% de professionnels formés Ajout de la phrase « Un groupe de travail est prévu le 7 Novembre pour définir en concertation une échelle de tri » après la phrase « On note cependant l'absence d'une échelle de tri »

Ajout de la phrase « le plan de formation 2023 (en cours de validation) intègre cette formation pour atteindre un objectif de 100% de professionnels formés »

après la phrase « une partie des IDE a bénéficié de la formation IAO en 2022 »

Dès le passage des experts et leur remarque concernant l'accès au dossier du patient par le kinésithérapeute libéral en USLD, la demande a été faite auprès du service informatique, qui a créé un compte dans Dx-Care pour le kinésithérapeute et lui a transmis ses codes informatiques. Celui-ci a pu, dès le passage suivant, tracer son intervention auprès du résident dans le dossier informatique partagé. Ajout de la phrase « L'établissement a corrigé immédiatement cet écart en autorisant l'accès au dossier du patient à celui-ci (autorisation et codes informatiques d'accès au dossier patient informatisé pour validation des soins prescrits informatiquement et rédiger son bilan dans le dossier para-médical)»

après la phrase « Par ailleurs, le kinésithérapeute libéral intervenant en SLD n'a pas accès au dossier patient informatisé ».

Dès le passage des experts et leur remarque concernant l'absence de système de vérification de l'identité l'USLD, la cadre su service a engagé une réflexion avec son équipe concernant la mise en place d'un système de vérification de l'identité à l'aide de photographie des résidents. Dans l'immédiat, un trombinoscope a été créé, l'intégration des photos dans le logiciel Dx-Care est en cours (paramétrage nécessaire) Ajout de la phrase « Une action corrective a immédiatement été mise en place en USLD avec la création d'un photo-portrait et l'intégration prochaine de la photo d'identité dans le dossier patient »

après la phrase « à l'USLD il n'est posé que pour les patients sortants ou déambulant »

Dès le passage des experts et leur remarque concernant l'identification de l'insuline en SSR B, la non-conformité a été levée en identifiant immédiatement toutes les insulines avec une étiquette patient. Ajout de la phrase « la non-conformité a été levée en identifiant immédiatement toutes les insulines avec une étiquette patient »

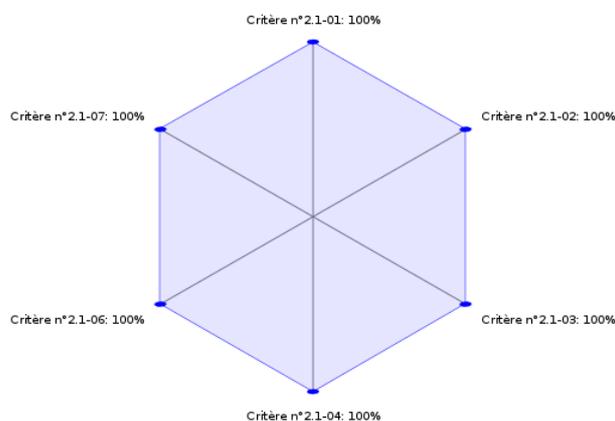
après la phrase « En SSR B (Vittel), l'insuline est identifiée au numéro de chambre sans indication du nom du patient »

Reformulation de la phrase « Les EIG sont analysés en CREX et des actions d'amélioration sont mises en œuvre (par exemple création de la fonction IAO après un décès aux urgences) » en « Les EIG sont analysés en CREX et des actions d'amélioration sont mises en œuvre (par exemple création de la fonction IAO après un EIGS aux urgences) »

## Réponse de la HAS

Accepter partiellement

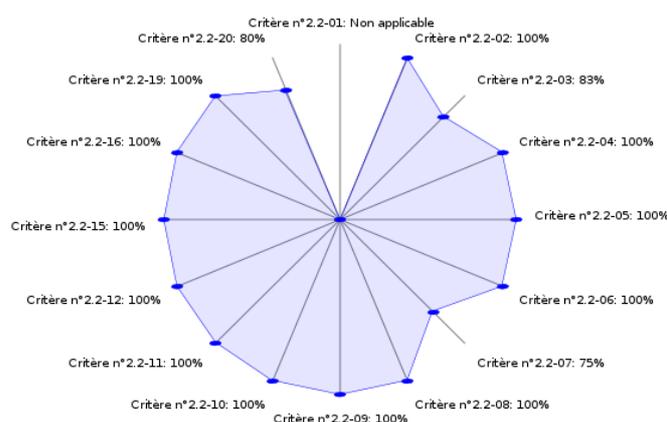
## Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de l'objectif  
**100%**

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.1-02	La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	100%
2.1-03	La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	100%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	100%

## Objectif 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

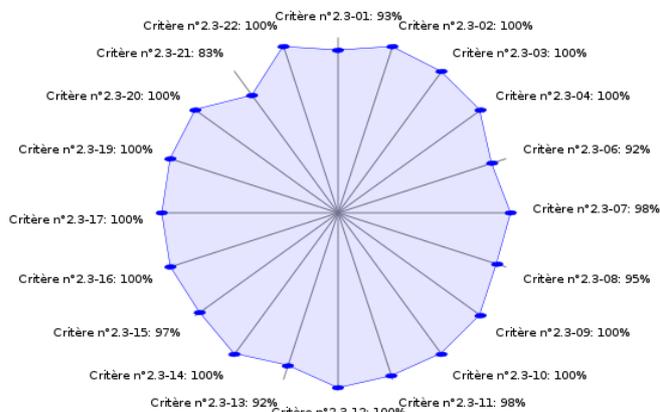


Score de l'objectif  
**97%**

Critères		
2.2-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	Non Applicable
2.2-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.2-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	83%
2.2-04	L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	100%
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	100%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	75%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	100%
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	100%
2.2-10	Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	100%
2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	100%

2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	100%
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	100%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	100%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	80%

## Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques

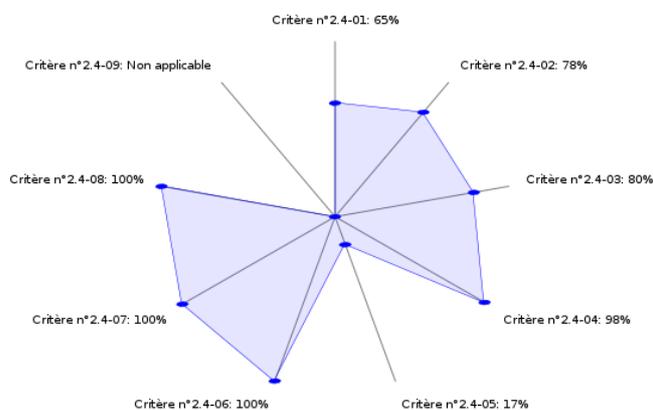


Score de l'objectif  
**97%**

Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	93%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	100%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	100%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	92%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	98%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	95%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	100%
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	100%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	98%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables	92%
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	100%

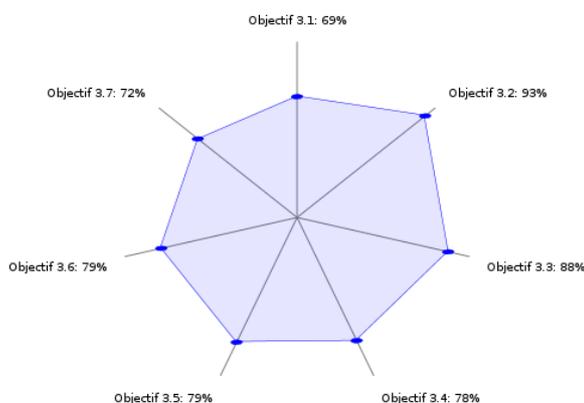
2.3-15	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les bonnes pratiques per-opératoires	97%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	100%
2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	100%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	100%
2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)	100%
2.3-21	L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	83%
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé	100%

## Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle



Critères		
2.4-01	Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	65%
2.4-02	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient	78%
2.4-03	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs	80%
2.4-04	Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins	98%
2.4-05	Dans les secteurs de soins critiques, les modalités de prise en charge du patient sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	17%
2.4-06	Dans les blocs opératoires et secteurs interventionnels, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	100%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	100%
2.4-09	Les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Non Applicable

## Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre  
**80%**  
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	69%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	88%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	79%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	79%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	72%

Le Centre Hospitalier Ouest Vosgien comprend deux sites : le site de Neufchâteau et le site de Vittel. Il est l'hôpital de référence du territoire de proximité « Pays de l'Ouest Vosgien » et membre du GHT « Vosges » dont l'établissement support est le CH d'Epinal. En 2015 il a obtenu la reconnaissance d'établissement de santé isolé. En effet, aucun établissement public ou privé pratiquant la chirurgie ou la gynécologie-obstétrique ne se trouve à moins de 30 km. Le nombre de médecins spécialistes dans le département est de 57/100.000 habitants pour une moyenne nationale de 94 et régionale de 85. L'établissement prend une part importante aux projets territoriaux de parcours et contribue au développement de la CPTS de son territoire. Il dispose de plusieurs équipes mobiles et assure la coordination des parcours avec ses différents partenaires (HAD, SSIAD, fédérations interhospitalières, SSR, oncologie). L'établissement dispose d'un service d'accueil des urgences mais n'a pas mis en place de modalités de prise en charge rapide pour les admissions dans les unités spécialisées ; pour les enfants, les délais de prise en charge sont optimisés mais le passage aux urgences reste la norme. Il n'existe pas non plus de circuit court pour l'accueil des personnes âgées. L'établissement cherche néanmoins à créer un circuit d'accès dédié pour le court séjour gériatrique et a adressé un courrier à tous les praticiens de ville avec un numéro d'appel direct. Les usagers et les médecins de ville peuvent contacter aisément l'établissement. L'accès général se fait cependant par le standard et il n'existe pas d'accès téléphonique direct aux unités pour les patients, sauf pour certains services spécifiques (UCA, urgences, pédiatrie). L'établissement s'assure de l'exhaustivité du contenu de la lettre de sortie ; il n'existe cependant pas de suivi structuré des délais de délivrance. L'établissement participe

relativement peu à la recherche clinique. L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec e-satis et des questionnaires de sortie, dont plusieurs questionnaires spécifiques à certaines disciplines et des enquêtes de satisfaction. L'exploitation des résultats est surtout restituée aux équipes sous forme de données agrégées (taux de satisfaction générale, retour quantitatif des questionnaires). Le reste des informations est transmis aux chefs de services et aux équipes d'encadrements permettant difficilement d'alimenter des actions d'amélioration de la qualité. L'établissement ne s'est pas encore engagé dans des démarches formalisées de recueil de l'expérience patient de type PREMS ou PROMS ; un premier recueil PROMS a été initié pour la cataracte en août 2022. L'établissement s'est engagé dans la mobilisation de l'expertise patient. Un patient expert est très investi sur la thématique de la diabétologie et un autre patient expert est en cours de désignation pour la thématique du Covid long. Des démarches d'éducation thérapeutique sont développées. L'établissement a intégré la communication entre les professionnels et les patients comme un élément de la qualité et de la sécurité des soins, en s'appuyant sur des vidéos sur les valeurs professionnelles ou encore sur des actions de formation. L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et le respect des patients et de leurs familles est promu au sein des équipes. L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont peuvent avoir été victimes les patients ; les personnels sont sensibilisés au repérage des situations de maltraitance. La gouvernance veille à la diffusion de recommandations de bonne pratique pour lutter contre la maltraitance dite ordinaire. Les professionnels rencontrés ne savent pourtant définir que rarement ce que recouvre ce concept bien que leurs pratiques témoignent de leur sensibilité au sujet. Il existe des outils spécifiques facilitant la prise en charge des populations vulnérables. L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap. Quelques points de vigilance sont notés cependant : par exemple ascenseur public du bâtiment Splendid à Vittel non adapté aux malvoyants. L'accès aux soins de personnes vulnérables est favorisé grâce à plusieurs vecteurs : présence d'assistantes sociales, convention avec la PMI, réseau d'interprètes. L'établissement est bien organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier ; les délais d'accès sont ainsi très en-deçà des limites réglementaires. Des patients de l'établissement peuvent être ponctuellement intégrés dans des essais cliniques menés par le CHU de Nancy. Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances et dans la vie de l'établissement. On note cependant l'absence d'un projet des usagers qui serait articulé avec le projet d'établissement. Les instances sont impliquées dans la politique qualité de l'établissement et les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité. On note une politique qualité formalisée malgré l'absence d'une analyse globalisée des risques permettant de définir des orientations prioritaires. De ce fait, les actions concrètes du programme qualité sont connues de façon très inégale par les professionnels rencontrés. Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins organisées par l'établissement (rencontre régulière des référents qualité des services, « café qualité »). Il n'existe pas d'évaluation de la culture sécurité au niveau institutionnel à ce jour mais lors de la visite de certification des questionnaires ont été adressés dans les unités pour initier cette évaluation. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et les exigences de la prise en charge. De nombreux dispositifs existent pour pallier les manques ponctuels de ressources : pool de remplacement, logiciel interne de gestion du volontariat, recours à l'intérim. Le manque structurel de ressources humaines, notamment médicales, a cependant contraint l'établissement à fermer plusieurs services (dont récemment le service de médecine à orientation cardiologique). Les nouveaux arrivants ou personnels intérimaires bénéficient d'un accompagnement facilitant leur intégration dans l'équipe. Les responsables d'équipe bénéficient du soutien institutionnel leur permettant d'assurer leurs fonctions. Le travail en équipe est essentiellement soutenu par des solutions organisationnelles classiques : staffs pluriprofessionnels, transmissions. Il n'existe pas de sensibilisation particulière pour promouvoir des démarches collectives ni de démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe. Les connaissances et les compétences individuelles sont assurées par des évaluations annuelles et la mise en œuvre d'un plan de formation comprenant les actions requises. Il n'existe pas de programme de maintien des compétences en équipe ; la démarche PACTE a cependant été initiée par la direction des soins et certains cadres s'y impliquent. Il existe une démarche QVT de l'établissement, concertée avec les instances représentatives des personnels. Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain. On note cependant l'absence d'une

enquête de satisfaction du personnel permettant de nourrir cette démarche. La dernière enquête date de 2019 et n'a pas pu être exploitée. Il existe des mesures de prévention et de gestion des difficultés interpersonnelles. Celles-ci s'appuient notamment sur un soutien de l'équipe d'encadrement et un soutien psychologique accessible et connu de tous les professionnels. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée par l'établissement. Le Plan Blanc, révisé en 2022, est opérationnel et des mises en situation ont lieu régulièrement. Les risques numériques sont maîtrisés grâce à un système d'information particulièrement sécurisé : impossibilité de connecter toute extension à un poste professionnel, gestion des login à l'aide d'un badge électronique individuel. Les équipes connaissent les mesures de prévention des risques numériques mais maîtrisent moins les procédures dégradées mises au point par l'établissement. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est opérationnelle. Tous les services bénéficient d'un bouton d'appel d'urgence avec rappel de renforts en cas de risque ressenti. L'ensemble des locaux de l'établissement sont sécurisés avec des serrures électroniques disposant de profils d'accès. On note cependant ponctuellement la non fermeture de certains locaux sensibles (postes de soins en chimiothérapie, salle de décontamination des DM en pédiatrie) ; ces locaux ont immédiatement été sécurisés par l'établissement suite à ces observations. Des solutions de sécurisation des objets personnels des patients existent mais elles ne sont pas toujours connues par les patients. L'établissement met en œuvre les actions de maîtrise des risques environnementaux auxquels il est exposé. Des filières existent pour chaque type de déchet et les circuits sont conformes aux règles d'hygiène. Cependant, la démarche de développement durable n'est pas opérationnelle à ce jour. Un référent développement durable vient d'être nommé récemment mais il n'existe pas de diagnostic initial, ni de politique définie autour de cette thématique. Les consommations d'énergie sont connues globalement mais il n'existe pas à ce jour de plan d'action formalisé pour les réduire. Les urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement sont prises en charge rapidement par des professionnels compétents. Tous les services disposent d'un chariot d'urgence accessible et contrôlé. On note cependant que le classeur de procédures disponible dans le chariot comporte des conduites à tenir non identifiées, non datées et non signées par un médecin. L'ensemble des professionnels rencontrés disposent de la formation à jour débouchant sur l'AFGSU. Cette formation a été posée comme une priorité absolue pour la direction des soins. Il existe un numéro d'appel direct, connu et rapidement identifiable (affiches dans les services, sticker au dos des téléphones). En revanche, sur le site de Neufchâteau, ce numéro tombe en première intention sur le standard qui relaie ensuite sur un médecin et non directement sur un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale. Les experts-visiteurs ont insisté sur le risque particulier lié à ce maillon supplémentaire dans la chaîne de survie hospitalière. L'établissement après avoir insisté sur l'absence d'incident avec cette procédure, a néanmoins entrepris, dès partage de ce constat, une démarche pour supprimer l'échelon intermédiaire du standard. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles au sein des services grâce à une gestion documentaire ergonomique et accessible. Des revues de pertinence des admissions sont menées. Cependant l'établissement pilote peu de revues de pertinence des pratiques. Il n'existe pas, à ce jour, de programme d'amélioration de la qualité structuré et prenant en compte l'expérience du patient. Seule une feuille de route est à ce jour disponible avec le sommaire du prochain PAQSS. Des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont disponibles. Cependant, seul l'ICSHA fait l'objet d'un suivi structuré à l'échelle de l'ensemble des services y compris pour la commission des usagers qui n'a pas connaissance des autres IQSS. Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement. Les EIG sont déclarés et analysés de façon conforme. Le tableau de synthèse des EI n'offre cependant pas une vue globale puisque les EI ne sont pas présentés par niveau de gravité. L'établissement organise l'aval des urgences afin d'assurer un parcours intrahospitalier de qualité et de sécurité. L'accréditation des médecins et des équipes médicales n'est pas déployée dans l'établissement (hormis pour un seul chirurgien).

## Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Les résultats des enquêtes de satisfaction internes à l'établissement ou propre à un service sont restitués au chef de service et encadrement de façon à la fois quantitative et qualitative pour le croisement des résultats statistiques et commentaires littéraux. Ces résultats servent de données d'entrée à la rédaction du plan d'actions spécifique à chaque service. Ajout de la phrase « Les résultats par service et par questions ainsi que les commentaires sont transmis aux cadres de santé et chef de service pour exploitation et intégration dans le plan d'action du service »

après la phrase « L'exploitation des résultats est surtout restituée aux équipes sous forme de données agrégées (taux de satisfaction générale, retour quantitatif des questionnaires) »

Suppression de la phrase « et pas sous la forme d'informations permettant d'alimenter des actions d'amélioration de la qualité »

Annexe :

III.1.1 Exemple envoi E-Satis aux chefs de service et encadrement III.1.2 Exemple résultat 2021 questionnaire satisfaction RF III.1.3 Exemple résultat 2021 Evaluation du programme ETP nutrition III.1.4 Exemple plan d'action en lien avec Satisfaction Patient en UPU III.1.4 Exemple plan d'action en lien avec Satisfaction Patient en Bloc et endoscopie Le résultat perçu par le patient (PROM's) est mesuré dans l'enquête Cataracte (en cours) ou dans l'enquête Evaluation du programme d'ETP nutrition (avez-vous ressenti une évolution physique... ? avez-vous retrouvé du souffle ? vos objectifs de marche ont-ils été en constantes évolutions ?) Les questionnaires de satisfaction génériques ou spécifiques à un secteur ou E-Satis (dans toutes les secteurs concernés MCO, Chirurgie Ambulatoire et SSR) mesurent l'expérience des soins vécus par les patients (PREM's) (interaction/relationnel avec le personnel soignant, informations/explications reçues, respects des droits du patients, les délais d'attente...)

Reformulation de la phrase « L'établissement ne s'est pas encore engagé dans des démarches formalisées de recueil de l'expérience patient de type PREMS ou PROMS ; un premier recueil PREMS a été initié pour la cataracte en août 2022 »

En : « L'établissement est engagé dans des démarches formalisées de recueil de l'expérience patient de type PREM's (des questionnaires de satisfaction spécifiques sont existants dans différents parcours et participation aux recueils E-Satis) ou PROM's ; un nouveau recueil PROM's a été initié pour la cataracte en août 2022. »

Annexe

III.2.1 Enquête PROM's Cataracte III.2.2 Exemple résultat 2021 Evaluation du programme ETP nutrition (PREM's et PROM's) La politique Qualité - Gestion des Risques a été revue pour la période 2022-2027, elle a été présentée (et validée si nécessaire) : CME : 22/06/2022 DIRECTOIRE : 17/06/2022 CONSEIL DE SURVEILLANCE : 27/06/2022 CDU : 20/06/2022 CTE : 17/06/2022 CSIRMT : 28/06/2022 Puis enregistrée et applicable dans la GED Ennov depuis le 8/09/2022

Reformulation de la phrase : « On note cependant l'absence d'une politique qualité formalisée et d'une analyse globalisée des risques permettant de définir des orientations prioritaires »

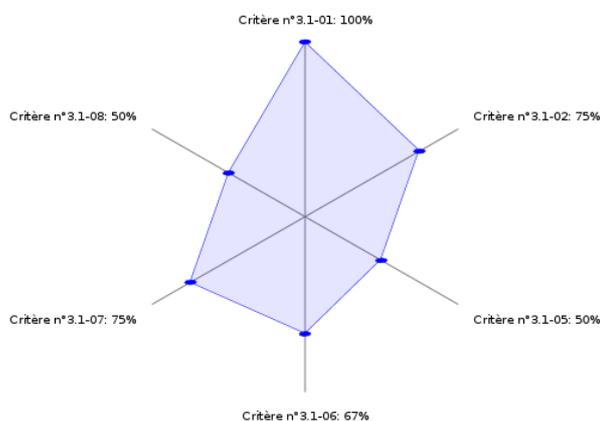
en « On note une politique qualité formalisée malgré l'absence d'une analyse globalisée des risques permettant de définir des orientations prioritaires »

Annexe III.3.1 Politique Qualité-Gestion des Risques 2022-2027

## Réponse de la HAS

Accepter partiellement

## Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire

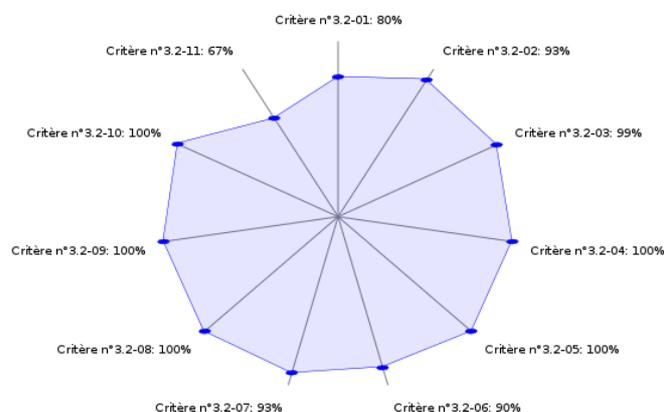


Score de l'objectif

**69%**

Critères		
3.1-01	L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours	75%
3.1-05	Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	50%
3.1-06	L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	67%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément	75%
3.1-08	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	50%

## Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement

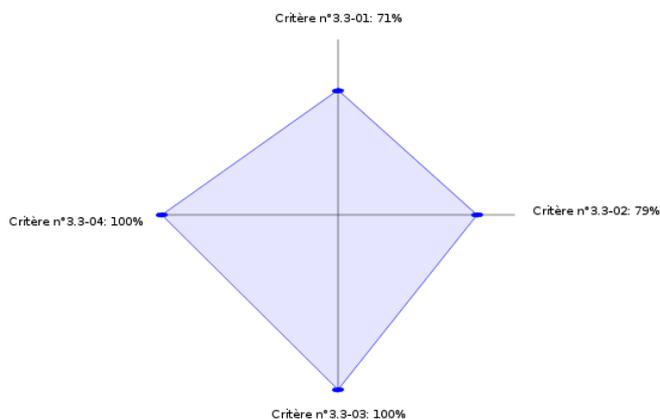


Score de l'objectif

**93%**

Critères		
3.2-01	L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient	80%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	93%
3.2-03	L'établissement a une communication centrée sur le patient	99%
3.2-04	L'établissement veille à la bienveillance	100%
3.2-05	L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients	100%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein	90%
3.2-07	L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	92%
3.2-08	L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier	100%
3.2-10	L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients	100%
3.2-11	L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement	67%

## Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership

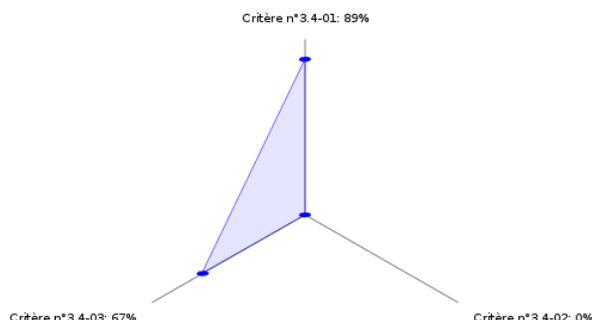


Score de l'objectif

**88%**

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	71%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	79%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

## Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de  
l'objectif

**78%**

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	89%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	0%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%

## Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n°3.5-01: 57%



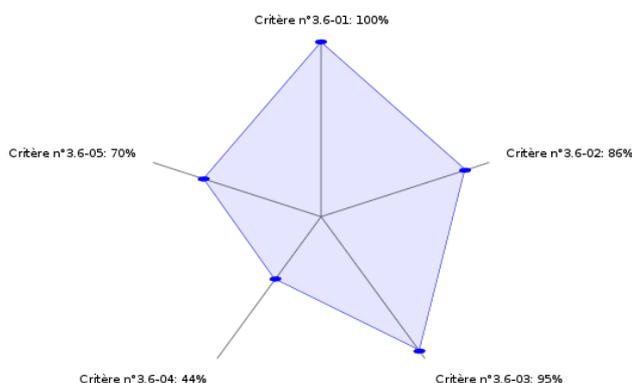
Critère n°3.5-02: 100%

Score de  
l'objectif

**79%**

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	57%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	100%

## Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

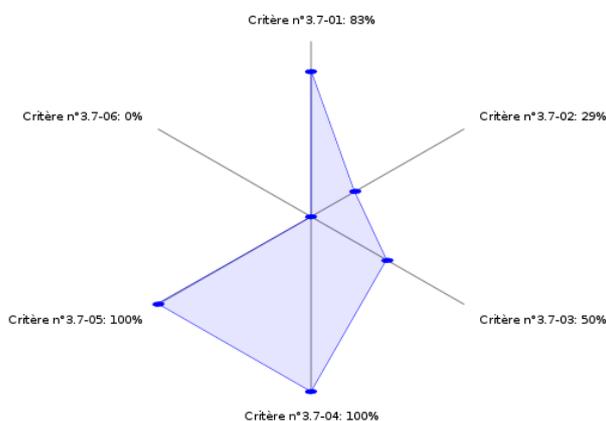


Score de l'objectif

**79%**

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-02	Les risques numériques sont maîtrisés	86%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	95%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	44%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	70%

## Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Score de l'objectif

**72%**

Critères		
3.7-01	L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques	83%
3.7-02	L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité	29%
3.7-03	Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement	50%
3.7-04	Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement	100%
3.7-05	L'établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une filière de prise en charge de l'urgence améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité	100%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	0%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-69027

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.7-03

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite
- Annexe 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	880007299	CHI DE L'OUEST VOSGIEN	1280 avenue de la division leclerc Bp 249 88307 NEUFCHATEAU CEDEX FRANCE
Établissement principal	880000054	CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	1280, avenue division leclerc Bp 249 88307 Neufchateau Cedex FRANCE
Établissement géographique	880000070	CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	191 avenue maurice barres Bp 129 88804 Vittel Cedex FRANCE
Établissement géographique	880788773	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CENTRE HOSPITALIER DE VITTEL	191 av maurice barres 88800 Vittel FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	
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	
<b>Médecine</b>	
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)	
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
<b>Activité Urgences</b>	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	3,713
Nombre de passages aux urgences générales	28,192
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
<b>SAMU-SMUR</b>	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
<b>Activité Hospitalière MCO</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
<b>Médecine</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	130
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	30

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	10
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	14
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	14
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	1,461
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	8
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	12
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	6
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	137
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	10
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	6
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	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de longue durée Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
2	Audit système	Engagement patient		
3	Audit système	Coordination territoriale		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique SAMU-SMUR Soins critiques	

			Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Désinfection endoscope
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Maternité Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Urgences Adulte Hospitalisation complète	
	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé	

13			<p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
14	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
15	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Maternité</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
16	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
17	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p>	

			Hospitalisation complète Programmé	
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Programmé	
19	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique SAMU-SMUR Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	

22	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins critiques Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Audit système	Entretien Professionnel		

30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
31	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
32	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
33	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
37	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR/ URGENCES
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie - Per opératoire
39	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
40	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
41	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
42	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients

43	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Urgences</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
44	Audit système	Entretien Professionnel		
45	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins critiques</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
46	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
47	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Urgences</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>	
48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Programmé</p>	
	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p>	

49			Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
50	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des EIG
51	Audit système	Maitrise des risques		
52	Audit système	Dynamique d'amélioration		
53	Audit système	Représentants des usagers		
54	Audit système	QVT & Travail en équipe		
55	Audit système	Leadership		
56	Patient traceur			
57	Patient traceur			
58	Patient traceur			
59	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
60	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie - Per opératoire
61	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
62	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque - Antibiotique
63	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL

64	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
65	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires

## Annexe 4. Fiches Anomalies

### Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-69029	27 September, 2022	1.2	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Eric BOURDON	GRIX-95347	1.2-01	

### Anomalies observées

Expert visiteur:

Lors du parcours patient en médecine B, les chambres doubles ne bénéficient que d'un cabinet de toilettes avec une vasque pour les deux patients accueillis, le service ne dispose que de deux douches pour 30 patients. les équipes n'ont pas à disposition de chariot douches pour les patients alités, ceux-ci ne peuvent bénéficier que de toilettes au lits durant toute leur hospitalisation.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

### Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :  
atteinte à la dignité du patient

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Oui, les contraintes architecturales ne permettent pas pour le moment d'installations de douches dans les chambres sans modifications importantes de la structure

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Non

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Non

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

non, cette anomalie a été retrouvée dans d'autres services (Médecine A ; SSR)

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Non, pas d'actions menées à l'heure actuelle

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque  
pas d'actions menées à l'heure actuelle

Observations établissement:

L'établissement a réalisé, dans toutes les restructurations, la mise en place de douches dans chaque chambre (maternité, nouveau bâtiment site de Vittel).

L'établissement programme un plan global d'une réfection des services afin d'aménager progressivement des chambres seules avec douche. L'établissement s'oriente vers des secteurs de 20 lits afin de privilégier des chambres seules.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

**Analyse coordonnateur**

Coordonnateur:

Risque avéré de non-respect de la dignité du patient.

Renforcé par la non prise en compte par l'établissement.

Observations établissement:

L'établissement a réalisé, dans toutes les restructurations, la mise en place de douches dans chaque chambre (maternité, nouveau bâtiment site de Vittel).

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-71016	27 September, 2022	1.2	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Catherine BUSSY	GRIX-95349	1.2-01	

## Anomalies observées

Expert visiteur:

La surface de la salle de surveillance continue (SSPI) permet difficilement de garantir l'intimité et la dignité des patients. La SSPI ne dispose pas de zone dédiée à l'accueil des enfants dans cette salle.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Atteinte à la dignité de la personne, Non-respect de l'intimité.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

oui

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

L'établissement est conscient de la problématique. Ce point devra être traité par l'ouverture du nouveau Bloc opératoire prévue début octobre 2022.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Non, attente du déménagement

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Transfert du bloc opératoire prochainement - début octobre

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

non

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Un audit des organisations futures permettrait de mesurer l'efficacité de la nouvelle organisation dans les nouveaux locaux.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Les contraintes architecturales actuelles ne permettent pas de cloisonner entre les patients ni d'identifier un secteur enfant. Les pratiques actuelles n'empêchent pas les atteintes à la dignité et à l'intimité des patients. Toutefois, le projet de relocalisation du bloc opératoire et de la SSPI est sur le point d'être achevé comme les EV ont pu s'en assurer en visitant les futurs nouveaux locaux.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-69030	27 September, 2022	1.2	Parcours traceur
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Marie-Agnès GEANTOT	GRIX-95350	1.2-01	

## Anomalies observées

Expert visiteur:

La surface de la salle de surveillance continue (SSPI) permet difficilement de garantir l'intimité et la dignité des patients. L'EV a pu observer la présence de 7 patients en salle SSPI, les brancards étaient espacés de moins d'un mètre sans dispositif de séparation bien que des paravents soient à disposition des professionnels. En outre des hommes et des femmes se trouvaient côte à côte. Par ailleurs la SSPI ne dispose pas de zone dédiée à l'accueil des enfants dans cette salle.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Atteinte à la dignité de la personne, Non respect de l'intimité.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?  
? Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

oui l'établissement a conscience de cette problématique, Un nouveau Bloc opératoire sera opérationnel dans les jours qui viennent.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?  
oui en ce qui concerne les locaux Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Transfert du bloc opératoire prochainement

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?  
Non, attente du déménagement Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Un audit des organisations futures permettrait de mesurer l'efficacité de la nouvelle organisation dans les nouveaux locaux.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Les contraintes architecturales actuelles ne permettent pas de cloisonner entre les patients ni d'identifier un secteur enfant. Les pratiques actuelles n'empêchent pas les atteintes à la dignité et à l'intimité des patients. Toutefois, le projet de relocalisation du bloc opératoire et de la SSPI est sur le point d'être achevé comme les EV ont pu s'en assurer en visitant les futurs nouveaux locaux.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-69031	27 September, 2022	1.2	Traceur ciblé
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Eric BOURDON	GRIX-95365	1.2-01	Prévention des infections associées aux soins

## Anomalies observées

Expert visiteur:

la salle SSPI ne permet pas de garantir l'intimité et la dignité des patients, l'EV a pu observer la présence de 6 patients en salle SSPI, les brancards étaient espacés de moins d'un mètre sans dispositif de séparation. des patients féminins et masculins y étaient présents. pas de zone prévue pour l'accueil des enfants dans cette salle.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

atteinte potentielle à la dignité de la personne, non respect possible de l'intimité

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Oui, l'établissement a conscience de cette problématique, d'ailleurs un nouveau Bloc opératoire sera opérationnel prochainement.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

oui

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?

Non, attente du déménagement

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

transfert du bloc opératoire prochainement

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

OUI ; Transfert prochain du Bloc Opératoire.

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque

Un audit des organisations futures permettra de mesurer l'efficacité de la nouvelle organisation dans les nouveaux locaux

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Risque avéré de non respect de la dignité et de l'intimité du patient.au moment de la visite de certification.

Le nouveau bloc opératoire est sur le point d'être ouvert et donnera la possibilité a l'établissement de remédier à ce dysfonctionnement..

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-68042	26 September, 2022	1.2	Traceur ciblé
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Dominique SCHAFF	GRIX-95369	1.2-02	Gestion des évènements indésirables graves

## Anomalies observées

Expert visiteur:

Il n'existe pas de circuit ni de locaux dédiés à l'accueil des enfants au service d'urgence. Lorsque ceux-ci attendent leur prise en charge ou leur réorientation dans un autre service, ils sont en présence des autres patients et accompagnants qui séjournent dans la salle d'attente.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Risque psycho-émotionnel pour les enfants placés en proximité de patients adultes.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?  
oui

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Les équipes des urgences essaient de minimiser le temps de passage des enfants aux urgences en faisant appel, notamment, au pédiatre.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?  
oui. L'exiguïté des locaux du SAU ne permet pas de créer de zone spécifique à l'accueil des enfants.

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Le déménagement prochain du bloc opératoire libérera des locaux réalloués au SAU. Les travaux de réhabilitation sont programmés pour être livrés courant 2023.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?  
non

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque  
il n'y a pas d'éléments objectifs sur les mesure de la fréquence.

Observations établissement:

L'Établissement propose un plan d'actions spécifique :

- Formalisation par une procédure écrite du parcours pédiatrique des urgences vers la pédiatrie
  - Création d'une salle d'attente dédiée pour la pédiatrie
  - Création d'un box dédié pédiatrie,
- dans l'attente de travaux de restructuration.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs. Le plan d'action est une proposition à posteriori de la visite.

Accepter

### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Au cours des investigations il a été constaté que le service connaissait cette situation et tentait d'y faire face en limitant le temps de passage des enfants aux urgences.

Par ailleurs, une extension des surfaces du SAU est programmée dans le plan d'investissement, à la suite de la libération de locaux contigus par le déménagement du bloc opératoire.

Observations établissement:

L'Établissement propose un plan d'actions spécifique :

- Formalisation par une procédure écrite du parcours pédiatrique des urgences vers la pédiatrie
  - Création d'une salle d'attente dédiée pour la pédiatrie
  - Création d'un box dédié pédiatrie,
- dans l'attente de travaux de restructuration.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs. Le plan d'action est une proposition à posteriori de la visite.

Accepter

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-69032	27 September, 2022	1.2	Traceur ciblé
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Marie-Agnès GEANTOT	GRIX-95374	1.2-02	Accueil non programmé

## Anomalies observées

Expert visiteur:

Il n'existe pas de circuit ni de locaux dédiés à l'accueil des enfants au service d'urgence. Lorsque ceux-ci attendent leur prise en charge ou leur réorientation dans un autre service, ils sont en présence des autres patients et accompagnants qui séjournent dans la salle d'attente.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Risque psycho-émotionnel pour les enfants placés en proximité de patients adultes.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?  
oui

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Les équipes des urgences essaient de minimiser le temps de passage des enfants aux urgences en faisant appel, notamment, au pédiatre. et transférant rapidement l'enfant en pédiatrie en cas d'hospitalisation.

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?  
oui

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

L'exiguïté des locaux du SAU ne permet pas de créer de zone spécifique à l'accueil des enfants.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?  
non

Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque  
Le déménagement prochain du bloc opératoire libérera des locaux réalloués au SAU. Les travaux de réhabilitation sont programmés pour être livrés courant 2023.

Observations établissement:

L'Établissement propose un plan d'actions spécifique :

- Formalisation par une procédure écrite du parcours pédiatrique des urgences vers la pédiatrie
- Création d'une salle d'attente dédiée pour la pédiatrie
- Création d'un box dédié pédiatrie,

dans l'attente de travaux de restructuration.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs. Le plan d'action est une proposition à posteriori de la visite.

Accepter

### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Au cours des investigations il a été constaté que le service connaissait cette situation et tentait d'y faire face en limitant le temps de passage des enfants aux urgences.

Par ailleurs, une extension des surfaces du SAU est programmée dans le plan d'investissement, à la suite de la libération de locaux contigus par le déménagement du bloc opératoire.

Observations établissement:

L'Établissement propose un plan d'actions spécifique :

- Formalisation par une procédure écrite du parcours pédiatrique des urgences vers la pédiatrie
- Création d'une salle d'attente dédiée pour la pédiatrie
- Création d'un box dédié pédiatrie,

dans l'attente de travaux de restructuration.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs. Le plan d'action est une proposition à posteriori de la visite.

Accepter

## Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-69027	26 September, 2022	3.7	Audit système
Expert-visiteur	Grille	Critère	Sous-méthode
Dominique SCHAFF	GRIX-95381	3.7-03	Représentants des usagers

## Anomalies observées

Expert visiteur:

Les IQSS ne sont pas présentés à la commission des usagers.

Observations établissement:

L'établissement ne formule pas d'observations

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs.

Accepter

## Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Les IQSS ne sont pas partagés par l'ensemble des parties prenantes de la démarche qualité et sécurité des soins.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?  
? Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Le constat a été fait lors de la rencontre avec les représentants des usagers.  
NON

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?  
Selon l'établissement il s'agit d'une omission.  
Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?  
L'établissement s'est proposé de mettre à l'avenir les IQSS à l'ordre du jour des CDU.

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s'assurer de l'efficacité des actions ?  
NON Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque  
NON

Observations établissement:

La présentation des IQSS est inscrite à l'ordre du jour de la prochaine CDU. Les résultats seront transmis aux membres de la CDU en amont de la réunion.

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs. Le plan d'action est une proposition à posteriori de la visite.

Accepter

### Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

L'absence de présentation des IQSS à la CDU est une illustration d'une démarche globale non exhaustive de prise en compte des IQSS dans la définition des priorités de la politique qualité et sécurité des soins.

Observations établissement:

L'ensemble des IQSS sera intégré dans la révision de la politique qualité

Réponse HAS:

L'établissement ne contredit pas le constat des experts-visiteurs. Le plan d'action est une proposition à posteriori de la visite.

Accepter

## Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

### Contact entre la structure et le patient, entre J+1 et J+3 (CA\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=95 Intervalle de confiance=88-99 Evolution=NA )

### Anticipation de la prise en charge de la douleur (CA\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=3 Intervalle de confiance=0-9 Evolution=NA )

### Évaluation à l'admission de l'éligibilité à l'intervention (CA\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=61 Intervalle de confiance=50-72 Evolution=NA )

### Évaluation du patient pour la sortie de la structure (CA\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=35 Intervalle de confiance=25-47 Evolution=NA )

### Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (CA\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=48 Intervalle de confiance=40-55 Evolution=NA )

### Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=90 Intervalle de confiance=79-96 Evolution=NA )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=78 Intervalle de confiance=66-88 Evolution=NA )

### Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=37 Intervalle de confiance=29-46 Evolution=NA )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=7 Intervalle de confiance=2-12 Evolution=NA )

### Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA\_SSR )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=99 Intervalle de confiance=93-99 Evolution=NA )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=94 Intervalle de confiance=86-98 Evolution=NA )

### Projet de soins, projet de vie en SSR (DPA\_SSR )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=93 Intervalle de confiance=91-96 Evolution=NA )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=86 Intervalle de confiance=84-89 Evolution=NA )

### Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA\_SSR )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=2 Intervalle de confiance=0-5 Evolution=NA )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18	C (Valeur=47 Intervalle de confiance=38-55 Evolution=NA )

VITTEL

11:11 PM

Evolution=NA )

### Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=74.77 (N=107) Evolution=positive)
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	DI - Données insuffisantes

### Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=51.61 (N=2) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=76.54 (N=108) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension accueil (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=76.69 (N=108) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=67.08 (N=2) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension chambre (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.01 (N=108) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=65.63 (N=2) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension chambre et repas (satisfaction\_MCO)

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=75 (N=108) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=64.58 (N=2) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=41.44 (N=2) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=81.14 (N=108) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge infirmière/aide-soignant (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=81.93 (N=108) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=48.61 (N=2) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge médecin/chirurgien (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=79.58 (N=108) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=30 (N=2) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension repas (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=68.93 (N=107) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=62.5 (N=2) )

### e-Satis48h : score brut de la dimension sortie (satisfaction\_MCO)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=40 (N=2) )
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=67.68 (N=108) )

### Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction\_CA)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=78.66 (N=93) Evolution=NA)

### Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction\_CA)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=77.43 (N=98) )

### e-SatisCA : score brut de la dimension accueil du patient (satisfaction\_CA)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=82.91 (N=98) )

### e-SatisCA : score brut de la dimension organisation avant l'hospitalisation (satisfaction\_CA)

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=80.25 (N=98) )

### e-SatisCA : score brut de la dimension chambre et collation (satisfaction\_CA )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=70.07 (N=98) )

### e-SatisCA : score brut de la dimension organisation de la sortie et retour à domicile (satisfaction\_CA )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=70.67 (N=98) )

### e-SatisCA : score brut de la dimension prise en charge du patient (satisfaction\_CA )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=83.52 (N=98) )

### Ratio standardisé du nombre de TVP et/ou d'EP\* observé sur attendu après une pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors fracture) ou de genou (PTG). \*TVP: thrombose veineuse profonde- EP: embolie pulmonaire (ETE\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	0 (N=132 Résultat non statistiquement différent de la référence)

### Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTG (ETE\_MCO )

#### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_ptg=64)

## Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTH (ETE\_MCO )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	0‰ (N_pth=68)

## Consommation de produits hydro-alcooliques version 3 (Bilan\_IAS )

### Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE NEUFCHATEAU	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=54)
CHI DE L'OUEST VOSGIEN - SITE DE VITTEL	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=37)

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

