



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

GROUPE HOSPITALIER DE L'EST DE LA MEURTHE ET MOSELLE (GHEMM)

6 rue Girardet
BP 30206
54300 Lunéville



Validé par la HAS en Septembre 2022

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	23
Annexe 3. Programme de visite	24

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

GROUPE HOSPITALIER DE L'EST DE LA MEURTHE ET MOSELLE (GHEMM)	
Adresse	6 rue Girardet BP 30206 54300 Lunéville Cedex FRANCE
Département / Région	Meurthe-et-Moselle / 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	540000114	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT NICOLAS DE PORT	3 rue du jeu de paume 54210 Saint Nicolas de Port FRANCE
Établissement juridique	540019007	CENTRE HOSPITALIER 3H SANTE	62 rue Poincaré 54480 Cirey sur Vezouze FRANCE
Établissement juridique	540000080	CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	6 rue Girardet BP 30206 54300 Lunéville FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

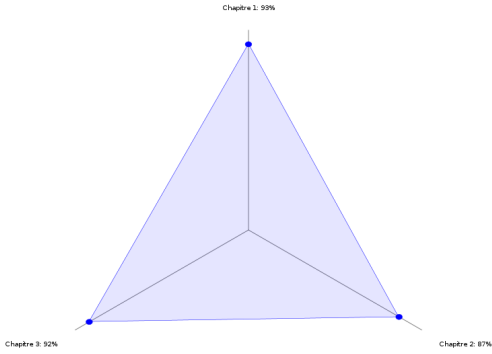
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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

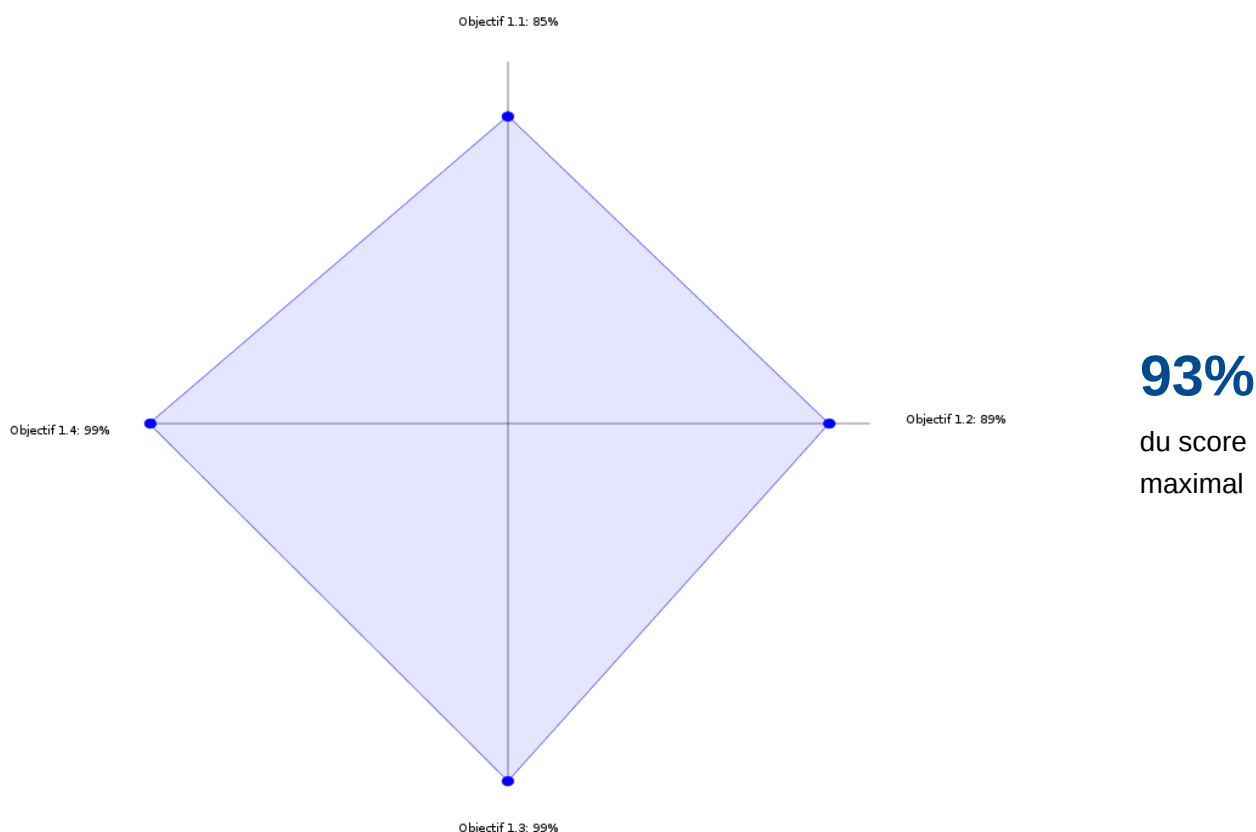
Au regard du profil de l'établissement, [124](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

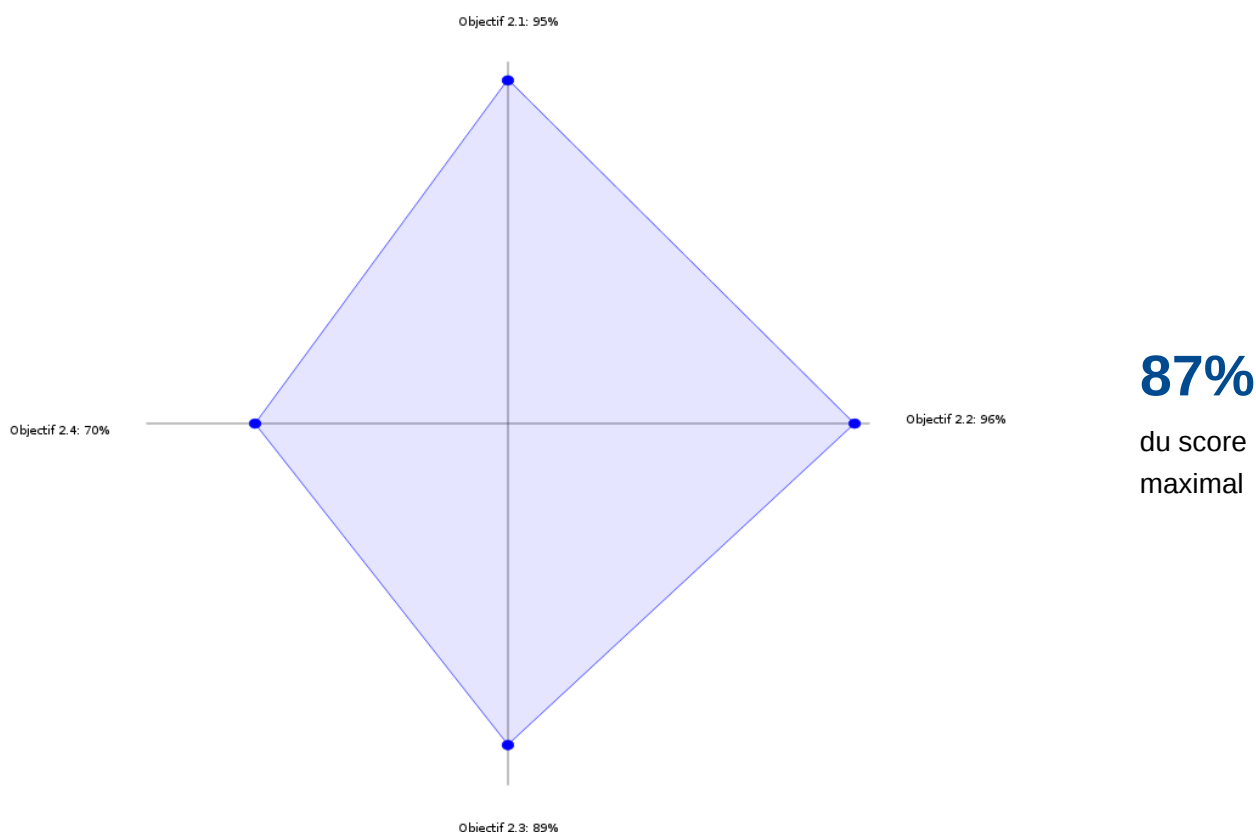


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	89%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	99%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Le groupe hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle (GHEMM) regroupe trois établissements : Le centre hospitalier de Lunéville, Le centre hospitalier de Saint Nicolas de Port, Le centre hospitalier 3H Santé. Il a démontré, lors de cette visite, son implication dans les parcours de soins des patients, des parturientes, des personnes âgées et des enfants qu'il prend en charge. Ainsi, le patient reçoit une information claire et adaptée et son implication est recherchée que ce soit sur les secteurs du MCO, du SSR, en USLD, en HAD. Cette implication du patient est particulièrement recherchée dans la démarche du maintien de son autonomie qui s'exprime au travers les projets de soins, avec un accent porté sur les personnes âgées et les populations à risque. De même, le projet de naissance est débuté de façon précoce et suivie. Néanmoins, le patient est informé tardivement des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour. Il ne reçoit pas, de cette

sorte, les consignes de suivi appropriées à sa sortie. En effet, la carte d'implant avec toutes les informations afférentes n'est pas remise à sa sortie mais à postériori par la pharmacie. Il n'a donc pas pu avoir l'information et les consignes de sortie : la traçabilité n'est pas réalisée dans le dossier. Le recueil de la personne de confiance est opérationnel et adapté sur l'ensemble des trois sites. Le dispositif relatif aux directives anticipées est formalisé et structuré. Les informations sont précisées dans le livret d'accueil et aux moyens d'affiches dans les couloirs de circulation, au sein des trois sites. Un formulaire détachable à remplir est présent dans le livret d'accueil, dont il est prévu qu'il soit remis à l'admission par les professionnels. Pour autant, le constat est posé que les patients ne sont pas toujours informés sur la possibilité de recueillir leurs directives anticipées. La traçabilité n'est pas toujours effectuée. En effet, cette organisation est récente ; il est ainsi envisagé d'engager un travail afin de guider les soignants et les médecins dans une meilleure connaissance et maîtrise du dispositif. Concernant son information sur les représentants des usagers et/ou des associations de bénévoles qui pourraient l'accompagner, le patient n'est pas informé des structures et des personnes ressources susceptibles de réaliser cet accompagnement. Le patient exprime sa satisfaction, mais il n'est pas invité à faire part de son expérience. L'expression par le patient de son expérience, lors de sa prise en charge, n'est actuellement pas structurée sur le GHEMM, même si, de façon informelle, elle est prise en compte. Les droits du patient sont respectés. Le patient reste au cœur des projets du GHEMM. Les démarches sont centrées sur lui, ainsi que ses proches. Dans les services qui accueillent et prennent en charge des enfants - cette activité n'étant pas l'activité principale du centre hospitalier de Lunéville - le patient mineur ainsi que ses parents bénéficient d'une attention dédiée, tant au niveau des informations données que de la disponibilité qui leur est accordée. Mais, en unité de chirurgie ambulatoire, les professionnels ne bénéficient encore pas d'une formation à la prise en charge des enfants et des adolescents. Cette formation est prévue au plan de formation, mais n'a pas encore été réalisée. En USLD, le recours à la contention mécanique ne relève pas toujours d'une décision médicale précisant les modalités de sa mise en œuvre, tel que le prévoit la procédure formalisée et validée : l'argumentation de la motivation ayant conduit au recours à la contention physique ainsi que l'évaluation bénéfice/risque ne sont pas tracées ; la réévaluation est orale, sans nouvelle prescription. Certes, un travail conséquent sur la contention mécanique est apprécié sur le GHEMM avec une priorisation portée dans le PAQSS et un groupe de travail en place afin qu'il puisse assurer le suivi des bonnes pratiques aussi bien de prescription médicale de la contention que de sa réévaluation. Les proches et/ou les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins, avec l'accord du patient. Les proches sont ainsi impliqués, en particulier chez les patients âgés souffrants de troubles cognitifs, et aussi en pédiatrie. Les conditions de vie et de lien social du patient sont considérées tout au long de sa prise en charge. Le relai est assuré par les cadres de santé des services d'hospitalisation, la HAD si cela est nécessaire et les assistantes sociales, présentes sur les trois centres hospitaliers. Ainsi, les prises en charge complexes (en maternité, en situation de précarité sociale, en situation de handicap, de maladie chronique) sont anticipées notamment lors de staffs psycho-sociaux et des staffs médicaux.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	95%
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	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	89%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	70%

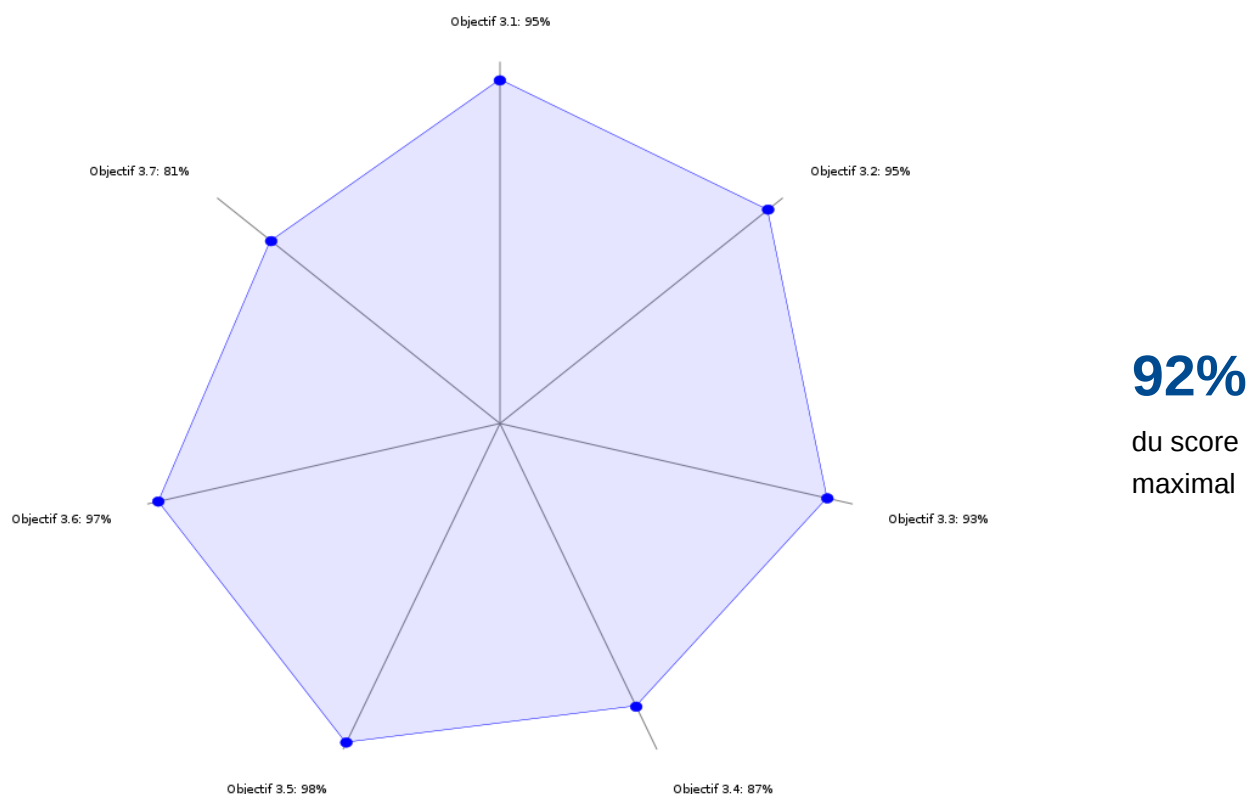
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions, est argumentée au sein de l'équipe. Des réunions de synthèse pluridisciplinaires sont organisées sur l'ensemble des secteurs de GHEMM. Les professionnels en SSR évaluent la pertinence de l'admission et du séjour. Celle-ci est ré-évaluée de façon hebdomadaire au sein des équipes, en lien avec le SSR HDJ. Pour les personnes âgées, une filière d'admission directe est identifiée et intégrée dans le plan d'actions institutionnel. Les professionnels ont inscrit le parcours en HAD dès l'admission du patient et le projet de soins est réalisé en continuité au sein des équipes. La prescription des antibiotiques est argumentée et réévaluée ; un référent antibiotique est disponible. Il existe des procédures. La traçabilité est réalisée dans le dossier patient informatisé, tout comme l'analyse pharmaceutique ou l'observation médicale. L'analyse de la pertinence est régulièrement réalisée mais, toutefois, elle n'est pas

toujours connue par les professionnels. La continuité de la coordination de la prise en charge est assurée par les équipes pluri disciplinaires tout au long de la prise en charge du patient, y compris lorsqu'un patient n'est pas hospitalisé dans le secteur adéquat. Lorsqu'un patient en provenance du SMUR du territoire est admis, le dossier pré hospitalier permet la continuité des soins. Aux urgences, les équipes sont coordonnées avec le SMUR ou les services d'hospitalisation des trois sites et des établissements d'aval. Les circuits sont mis en œuvre. Les délais d'attente sont suivis. La communication des délais d'attente au patient aux urgences vient d'être organisée, avec un affichage du délai moyen. Les professionnels sont vigilants pour assurer le respect de la dignité lors des soins. Cependant, la configuration des locaux aux urgences ne permet pas de garantir le respect de la confidentialité. Le risque est identifié par les équipes du SAU mais n'est pas évalué. Les circuits assurant la prise en charge en urgence des patients, au sein du CH de Lunéville, sont en place. Ils sont adaptés, mais, le circuit en urgence de la parturiente vers le bloc obstétrical est conséquent. Ainsi, il existe une distance importante entre la maternité et la salle de césarienne, située dans l'enceinte du bloc opératoire central, à un étage différent, avec un long couloir. Le transfert de la parturiente est prévu entre la maternité situé au 2ème étage du bâtiment MCO et le bloc qui se trouve au rez-de-chaussée au moyen d'un ascenseur, dédié et priorisé, situé à mi-chemin. Le dossier patient est informatisé de façon récente. Il est complet, accessible et partagé par l'ensemble des professionnels. Il permet aux équipes de se coordonner autour du projet de soins, en particulier en SSR, en USLD, en HAD et en maternité. Le dossier d'anesthésie reste sous format papier. La conciliation des traitements médicamenteux est en place pour chaque admission via les urgences de personnes de plus de 65 ans. Elle est réalisée si besoin sur l'ensemble des secteurs du MCO, et sur demande en HAD. Elle est réalisée en USLD pour l'ensemble des sites et pour le SSR du Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port. L'ensemble des équipes, pluri professionnelles et multidisciplinaires, des différents secteurs qu'ils soient médico-soignants, interventionnels, à domicile, techniques ou logistiques se coordonnent autour de la prise en charge, au moyen d'outils de liaison et/ou de programmation (check List, fiche de liaison inter service, recours aux spécialistes, dossier médical partagé, télémedecine, autorisation de sortie, lettre de liaison...), dans une prise en compte de parcours de patient, de sa pathologie et des urgences. La prise en charge palliative et la fin de vie sont assurées et coordonnées par les équipes de soins. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques professionnelles. Ainsi, les bonnes pratiques en matière d'identitovigilance sont appliquées tout au long de la prise en charge, les vigilances sanitaires sont connues, le dossier transfusionnel est complet et sécurisé. Le risque infectieux est garanti sur l'ensemble des secteurs des trois établissements et sur les secteurs interventionnels. Le circuit des déchets est conforme aux règles de bonnes pratiques et d'hygiène sur les sites du CH de Saint Nicolas de Port et du CH 3H Santé. Cependant, sur le site du CH de Lunéville, le tri n'est pas respecté malgré l'existence d'un circuit conforme aux bonnes pratiques. Dans le local de retour des services du CH, il cohabite des laves-bassin, des plateaux de soins en décontamination, en attente de retour sur le local « propre » avec des déchets, des DASRI et du linge sale, ensemble. De plus, le local n'est pas sécurisé puisque local non dédié aux déchets. Il s'agit d'un local technique. Ce local sert ainsi de local intermédiaire malgré l'existence du local intermédiaire à l'entrée du service, qui est lui, conforme aux attendus sur le circuit des déchets et des DASRI. Les équipes appliquent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie. Toutefois, lors de la consultation de pré-anesthésie, la prescription d'antibioprophylaxie n'est pas systématique. Elle est réajustée par le médecin anesthésiste, au besoin, lors de la visite pré-anesthésique en hospitalisation conventionnelle ou en chirurgie ambulatoire. Néanmoins, le délai entre l'injection et l'incision n'est pas toujours adapté : il est supérieur à 30 minutes. Alors qu'il existe une politique institutionnelle structurée du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, les équipes ne maîtrisent pas complètement la sécurisation des médicaments à risque à toutes les étapes du circuit, pouvant ainsi générer un risque de confusion et d'erreur, en particulier pour ce qui concerne le stockage des médicaments à risque et de leur identification : En SSR, il est retrouvé trois insulines à dosage différent au réfrigérateur en dotation dans le même contenant avec trois étiquettes apposées sur ce même contenant et pourvu du logo médicament à risque ; En SSR également, le stockage de la morphine est réalisé avec un étiquetage manquant ; En SSR à Saint Nicolas de Port, l'insuline de divers dosages est stockée dans le même

contenant. Un antalgique puissant à base de morphine n'est pas identifié ; En USLD, il existe un risque avec la présence d'un gobelet en chambre pour distribution des médicaments non identifié au patient alors qu'il existe des chambres à deux lits ; En USLD à Saint Nicolas de Port, le stockage de l'insuline est identique à celui observé en SSR : il y a plusieurs dosages d'insuline dans le même contenant au réfrigérateur. Seul un anticoagulant dispose du logo « médicament à risque ». Le Chlorure de potassium, les anticoagulants injectables ne disposent pas de logo « médicament à risque » alors qu'ils sont identifiés en tant que médicament à risque par les établissements ; En médecine, le rangement du chlorure de potassium hypertonique au sein du secteur comprenant les soins palliatifs, ne respecte pas la procédure : une étiquette précisant la molécule est présente sur le tiroir de rangement correspondant alors que les ampoules ne sont pas rangées au bon emplacement ; De façon générale, sur le secteur du MCO, le chlorure de potassium hypertonique est stocké dans l'armoire de dotation globale à proximité des autres solutés de petit volume ; En unité de soins continus, le rangement des stupéfiants n'est pas indiqué en tant que tel entre l'étiquetage et le contenant, ce qui peut générer un risque d'erreur. Les stylos à insuline ne sont pas tous identifiés au nom du patient et leur rangement est identique à ceux constatés en SSR et en USLD : les divers dosages cohabitent ensemble sans identification dédiée. Le GHEMM s'est montré très réactif et a immédiatement apporté des solutions correctrices sur les dotations. Il restera à évaluer le niveau d'appropriation des professionnels face à cette mesure d'amélioration récente. Concernant la dispensation des médicaments à risque, les piluliers partent de la PUI, dans les alvéoles correspondant à l'horaire de prise par le patient, sans aucune identification « médicaments à risque ». La même observation est effective sur les stupéfiants. Le manque d'identification de ces médicaments à risque en tant que tel dans les piluliers est compensé, d'une part, par leur préparation nominative par la pharmacie et, d'autre part, par le paramétrage du DPI qui informe l'infirmier du médicament à risque au niveau de la prescription lors de la validation informatique de l'administration. En chimiothérapie, il a été constaté, à deux reprises, que la validation de l'administration de la poche anti cancéreux injectable a été réalisée par une infirmière autre que celle qui avait fait son administration. De même, l'organisation du service de l'unité de médecine ambulatoire (UMA) ne permet pas de façon continue d'assurer le double contrôle de la poche avant administration : les deux IDE ne sont pas en binôme sur l'amplitude complète d'ouverture du service. L'établissement déclare que, depuis la visite de certification, les horaires des 2 IDE de l'UMA ont été modifiés pour permettre la double vérification par les 2 IDE d'UMA, sans besoin de faire appel à l'IDE de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire. Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient à sa sortie. Néanmoins, il n'a pas toujours été retrouvé de bilan thérapeutique des traitements, fourni au patient, et en particulier au patient vulnérable, au moment de sa sortie. Les équipes ne maîtrisent pas la sécurisation de l'accès aux médicaments. Lors du parcours maternité, l'expert visiteur a pu voir que les médicaments stockés dans deux chariots en salle de naissance n'étaient pas sécurisés et étaient facilement accessibles au co-parent. Au cours de la visite, une correction a été apportée par l'établissement de la façon suivante : mise sous clef des deux chariots. Les deux clefs sont rangées dans une boîte à clef qui ferme au moyen d'un code numérique. Cette modalité organisationnelle est récente et reste à évaluer afin de mesurer le niveau d'appropriation par les équipes, notamment lors d'une situation d'accouchement en urgence ou d'une complication per partum. Les équipes pluri professionnelles connaissent le risque de dépendance iatrogène sur l'ensemble des secteurs du GHEMM, sauf en chirurgie et en chirurgie ambulatoire, où le risque de dépendance n'est ni formalisé ni tracé. Les équipes n'évaluent pas toujours leurs pratiques au regard des résultats cliniques, des EIG et d'indicateurs spécifiques. Les résultats cliniques ne sont pas analysés collectivement et ne sont pas traduits par des plans d'actions spécifiques au secteur. Ainsi, en dehors des audits institutionnels (risque infectieux, antibioprophylaxie, hygiène, identitovigilance, prise en charge médicamenteuse, tenue du dossier, patients traceurs, ...), il n'a pas été retrouvé de démarche spécifique centrée sur le patient et relatif à des résultats cliniques. Les revues de pertinence ne sont pas formellement en place. En unité de soins continus, il n'existe pas de registre de refus d'admission et donc pas de recueil relatif à la raison de la non hospitalisation du patient et pas d'indicateur sur le ré-hospitalisation à 48 – 72 heures. Les équipes recueillent la satisfaction du patient mais ne connaissant pas le taux spécifique de leur service et donc

les plans d'actions qui y sont associés, et ce malgré la présence d'affiche avec des résultats dédiés à leur service. L'expérience patient n'est actuellement pas développée sur l'ensemble du GHEMM. Les équipes ne participent pas de façon pluri professionnelle et collective au traitement et à l'analyse des EIAS déclarés. Ce constat a pu être observé sur l'ensemble du GHEMM. Bien que la gouvernance ait structuré le dispositif de déclaration, de traitement et d'analyse des événements indésirables associés aux soins, le constat est récurrent : les équipes ne s'approprient pas la démarche. En effet, 502 signalements sur l'année 2021 sur le site de Lunéville, au total. En 2022, 70 FEI dont 11 en EHPAD, sur l'ensemble du groupement, au 31 mars 2022. La déclaration des EIAS par les équipes reste à la marge. Par ailleurs, les démarches d'analyse des causes systémiques, quand elles existent, sont majoritairement centrées sur le médicament, la logistique et la restauration. Lorsqu'une FEI est transmise par le service qualité à un responsable pour l'analyse, le taux de retour au service qualité est de 12.4 %. Les CREX sont marginales. Elles ne sont pas organisées en tant que tel mais plutôt déclenchées par le service qualité lorsque la situation le nécessite. Elles ne sont pas en place sur les secteurs à risque : bloc opératoire, salle de naissance, endoscopie. Elles ne sont ainsi pas portées par les équipes médico-soignantes. En conséquence, les équipes n'identifient pas formellement des actions d'amélioration structurées dans des plans d'actions et intégrés au PAQSS. Le service qualité ne peut pas avoir une vision globale et institutionnalisée, et ce malgré le dispositif mis en place. Les équipes sont néanmoins volontaires et impliquées. Elles ont su se montrer réactives pour corriger immédiatement leurs pratiques professionnelles et apporter un réajustement de leurs procédures, tout au long de la visite.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	93%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	87%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	81%

Le groupe hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle (GHEMM) s'engage dans son projet d'établissement 2021 – 2026 sur la mise en place d'un management par la qualité ainsi que sur son implantation au sein de son territoire de santé. Ainsi, il a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire au travers le projet de gouvernance et de management, le projet médical, le projet d'hébergement et offre de service à la

personne âgée et le projet de soin. L'objectif est de proposer une offre de soins et un suivi cohérent sur le territoire avec une construction de filières de prise en charge. Celles-ci sont organisées entre les trois établissements du GHEMM et du territoire avec une graduation des prises en charge. Il existe de cette manière un parcours de soins pour le patient au travers plusieurs centres hospitaliers, un réseau avec les professionnels libéraux et les établissements médico-sociaux. Le groupe participe à la coordination des parcours avec une forte implication lien ville – hôpital. Il s'implique au sein de deux Communautés Pluri professionnelles des Territoires de Santé et un Contrat Local de Santé qui est opérationnel. Il a établi des conventions de partenariats avec les établissements proches, privés et publics, comme la Maison hospitalière et Château de Baccarat, la clinique Jeanne d'Arc à Lunéville, la Maison des réseaux du lunévillois (MRSL, Plateforme Territoriale d'Appui, PMI, HAD, réseau périnatalité, télémedecine sur la filière gériatrique, ...). Faisant partie du groupement hospitalier de territoire Sud Lorraine, il s'inscrit également dans une double logique organisationnelle, à la fois de proximité et de coordination des parcours de soins avec le CHRU de Nancy et l'Institut de Cancérologie de Lorraine, qui sont ses établissements de recours. Cette complémentarité est lisible sur l'ensemble des filières (chirurgie, cancérologie, gériatrie, pharmacie, gynécologie, pédiatrie et cardiologie ...), en particulier avec des temps médicaux partagés qui permettent de garantir une continuité des prises en charge. De même, le GHEMM s'engage dans de nombreux projets, dont le RAAC (Récupération Améliorée Après Chirurgie) qui débute en chirurgie digestive ainsi qu'en chirurgie urologique et le projet SILVHIE (Service Interne de Liaison Ville Hôpital pour Informer les professionnels et Eduquer le patient). Ces projets, portés par le centre hospitalier de Lunéville, ont pour objectif d'améliorer la sortie des patients au sein d'un parcours global de soins. Néanmoins, le délai de délivrance de la lettre de liaison à la sortie, même si elle est en place sur l'ensemble des structures, n'est pas suivi. Le dernier IQSS est celui de 2019 et il n'en existe pas de plus récent. Le GHEMM promeut la prise en compte du patient et favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement, avec l'appui des quatre représentants des usagers, investis au sein de la structure. Le GHEMM est en cours de recherche de nouveaux représentants des usagers. Ainsi, le groupe s'inscrit dans le recueil E-satis qu'il personnalise par secteurs d'hospitalisation. Bien qu'il promeuve toutes les formes de recueil de l'expression du patient et prend en compte les patients et leurs représentants, il ne recueille pas totalement les retours de la satisfaction des patients. Son plan d'actions QSPS – Point d'étape de mai 2022 prévoit d'inciter davantage les patients, à la sortie, à renseigner le questionnaire de sortie. La gouvernance sait faire preuve de leadership. Forte de ses activités, la gouvernance construit et appuie son management sur la qualité et la sécurité de la prise en charge et des soins, au sein de son groupe. L'organisation est structurée et opérationnelle autour des différentes commissions (Qualité Sécurité et Pertinence des Soins - Admissions et Parcours – Organisation et Continuité de la PDS – Gestion des RH), de binômes médico-soignant pilotes de projets, des comités thématiques issus de la CME. Le PAQSS articule l'ensemble de la démarche, même si les plans d'actions issus des services ne sont pas toujours centralisés car non transmis au service Hygiène, Information Médicale, Performance et Assurance Qualité ; ce qui explique les niveaux d'appropriation inégaux des professionnels, qui ne connaissent pas toujours les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation. De même, bien que les professionnels soient mobilisés, notamment lors de la semaine de sécurité du patient avec 180 répondants en 2021, ils ne connaissent pas toujours la démarche qualité sécurité des soins : actions spécifiques du PAQSS, EPP, retour des FEI, Le point d'étape du plan d'actions QSPS en date de mai 2022 confirme sur la thématique « qualité/gestion des risques » que la culture de sécurité des soins des professionnels n'est pas mesurée. Il est également stipulé que l'objectif « mesure la culture de sécurité des personnels » est « en cours de finalisation ». La gouvernance favorise le travail en équipe et le développement des compétences au travers de nombreuses démarches collectives de travail en équipe : ambassadeurs qualité, RAAC, projet Médisis, projet Avicenne, Point 30 minutes au bloc opératoire, bedmanager, ... Elle fédère aussi les services autour d'un projet de service qui peut être présenté en CME, en CSIRMT... Elle accorde une importance sur la proximité des managers médicaux et paramédicaux. La gouvernance conforte le développement de la culture qualité et sécurité des soins dans son management et le déploiement de la démarche « qualité de vie au travail » QVT.

Elle a évalué les risques professionnels et porte un focus sur les internes en termes de QVT. Le GHEMM dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté, en matière de tensions hospitalières, de SSE, des risques numériques et environnementaux, de sécurité aux biens et aux personnes. La prise en charge des urgences vitales est assurée dans l'enceinte de l'établissement. L'ensemble des trois établissements développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins, au travers son organisation avec un appui soutenu du service Hygiène, Information Médicale, Performance et Assurance Qualité. Les revues de pertinence des pratiques commencent à se déployer. Il existe des RMM pour les spécialités à risque (urgences, cardiologie, chirurgie, gynécologie, pédiatrie, ophtalmologie), certes avec une ancienneté relative (2018 – 2019). Bien qu'il existe une commission « Admissions et Parcours », au moment de l'évaluation externe, les revues de pertinence des admissions et des séjours permettant d'évaluer des indicateurs d'alerte ne sont ni effectives, ni valorisées, en particulier en SSR pour les séjours longs ou en MCO pour les taux de transfert à 48 heures. Le GHEMM est en cours de restructuration du SSR dont il est prévu le déménagement dans une nouvelle structure à l'automne prochain. L'analyse des retours de satisfaction des patients est réalisée sur les établissements avec des plans d'actions d'amélioration. Les équipes sont informées sur le retour dans leur service (affichage dédié). Néanmoins, l'analyse pourtant effective n'est pas appropriée par les équipes, qui ne la connaissent pas et ne peuvent pas, en conséquence, mettre en place de façon collective les actions d'amélioration identifiées. Le GHEMM communique, analyse et exploite les indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Des réunions de service, des réunions d'encadrement permettent également de favoriser la diffusion des informations et de la culture qualité. Les ambassadeurs qualité par service, avec le soutien du service Hygiène, Information Médicale, Performance et Assurance Qualité, sont impliqués et se font le relai de la démarche qualité sécurité des soins. Des objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont définis avec un PAQSS dont l'opérationnalité est effective. Néanmoins, les professionnels ne se sont pas encore appropriés cette démarche et ne développent pas de revues régulières d'indicateurs spécifiques à leur service qu'ils auraient déterminés, traités, analysés et suivis. Ils ne peuvent ainsi pas mettre en place des actions d'amélioration basées sur les résultats de ces indicateurs personnalisés. Pour autant, les professionnels sont motivés et sensibilisés à la qualité et à la gestion des risques. Ainsi, beaucoup d'éléments informels existent mais restent fondés sur l'oralité et ils sont non partagés avec l'institution. Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de groupement, en particulier pour le circuit du médicament, où il existe de nombreuses REMED. Concernant les événements indésirables associés aux soins, peu de FEI concerne les soins. Hormis le circuit du médicament, elles restent centrées sur la logistique, la restauration. Du fait du peu de déclarations d'événements indésirables associés aux soins et du manque d'appropriation par les équipes (502 signalements sur l'année 2021, en 2022, 70 FEI dont 11 en EHPAD, sur l'ensemble du groupement, au 31 mars 2022), elles ne peuvent pas mettre en œuvre des plans d'actions permettant de prévenir et de limiter les conséquences des événements indésirables associés aux soins. Le dispositif de déclaration, de traitement et d'analyse, pourtant structuré par la gouvernance, est largement porté par le service Hygiène, Information Médicale, Performance et Assurance Qualité. Celui-ci suit le dispositif et provoque, autant que nécessaire, des retours d'expérience, avec une analyse systémique des causes. Des outils existent sur les centres hospitaliers du groupement. Mais, il n'existe pas de CREX spécifiques, formelles et organisées à périodicité régulière, en particulier sur les secteurs à risque : bloc opératoire, salle de naissance, endoscopie. De même les chutes ne sont pas analysées en tant que tel. En fait, lorsqu'un EIAS survient dans un service, les équipes réagissent au fil de l'eau et adaptent des actions d'amélioration sans les identifier de façon formelle. Elles ne structurent pas leur analyse dans un plan d'actions en lien avec l'EIAS qui puisse s'intégrer au PAQSS, être partagé et servir à limiter les conséquences d'une erreur et sa reproductibilité. En conséquence, cette absence de retour d'information au service Hygiène, Information Médicale, Performance et Assurance Qualité ne permet pas une vision globale, institutionnalisée et une gestion des risques à posteriori personnalisée au groupe, et ce malgré le dispositif mis en place. Pour autant, le groupe hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle (GHEMM) développe et a engagé la dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins aussi bien auprès des équipes, des patients et leurs proches

que des usagers. L'appropriation de l'ensemble de cette démarche, récente, construite et structurée par la gouvernance, va s'engager au sein des équipes tant médicales, paramédicales, techniques et administratives des 3 sites, constituant le groupe hospitalier. La réactivité immédiate des managers et des équipes est un point appréciable dans ce sens.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	540000114	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT NICOLAS DE PORT	3 rue du jeu de paume 54210 Saint Nicolas de Port FRANCE
Établissement géographique	540000312	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT NICOLAS DE PORT	3 rue du Jeu de Paume 54210 Saint Nicolas de Port FRANCE
Établissement géographique	540008737	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH DE ST NICOLAS DE PORT	3 rue du Jeu de Paume 54210 Saint Nicolas de Port FRANCE
Établissement juridique	540019007	CENTRE HOSPITALIER 3H SANTE	62 rue Poincaré 54480 Cirey sur Vezouze FRANCE
Établissement géographique	540000148	CENTRE HOSPITALIER 3H SANTE	62 rue Poincaré 54480 Cirey sur Vezouze FRANCE
Établissement géographique	540006665	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE BLAMONT CH 3H SANTE	17 rue de Voise 54450 Blamont FRANCE
Établissement juridique	540000080	CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	6 rue Girardet BP 30206 54300 Lunéville FRANCE
Établissement géographique	540006780	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH LUNEVILLE	HOPITAL 6 rue Girardet BP 30206 54300 Lunéville FRANCE
Établissement principal	540000155	CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	6 rue Girardet BP 30206 54300 Lunéville Cedex FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète Programmé	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		chimiothérapie
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique
4	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque HAD
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Adulte	

			Pas de situation particulière Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Programmé	
9	Audit système	Entretien Professionnel		
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé SAMU-SMUR Soins critiques Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
11	Audit système	QVT & Travail en équipe		
12	Audit système	Leadership		
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL

19	Audit système	Coordination territoriale		
20	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient couché vers acte d'imagerie ou bloc
21	Audit système	Représentants des usagers		
22	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR URGENCES UHCD
23	Parcours traceur		Tout l'établissement Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
24	Parcours traceur		Tout l'établissement Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	

27	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
31	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	

32	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Urgences Adulte Hospitalisation complète	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de précarité Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	

37	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
38	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
39	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Hospitalisation à domicile Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	

42	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		endoscope
44	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
45	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
46	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque
47	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
48	Audit système	Engagement patient		
49	Audit système	Entretien Professionnel		
50	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
51	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
52	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Programmé	
53	Audit système	Entretien Professionnel		
	Audit			

54	système	Entretien Professionnel		
55	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	
56	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé	
57	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
58	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
59	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de longue durée Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

60	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Programmé	
61	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
62	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Programmé	
63	Audit système	Dynamique d'amélioration		
64	Audit système	Maitrise des risques		
65	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
66	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		GREFFE > NA
67	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète	

			Programmé	
68	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	

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

