HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU

64 avenue du professeur rene leriche
Bp 40252
67504 HAGUENAU

Validé par la HAS en Avril 2023

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 – Avril 2023

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 14
Chapitre 3 : L'établissement 19
Table des Annexes 25
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 26
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2023 27
Annexe 3. Programme de visite 31

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 évaluéepar 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, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	
Adresse	64 avenue du professeur rene leriche Bp 40252 67504 HAGUENAU FRANCE
Département / Région	Bas-Rhin / 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	670780337	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	64 AVENUE DU PROFESSEUR RENE LERICHE BP 40252 67504 Haguenau FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

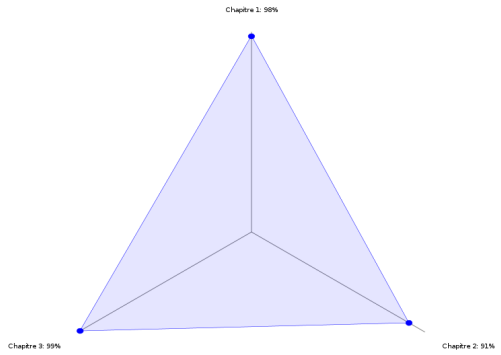
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

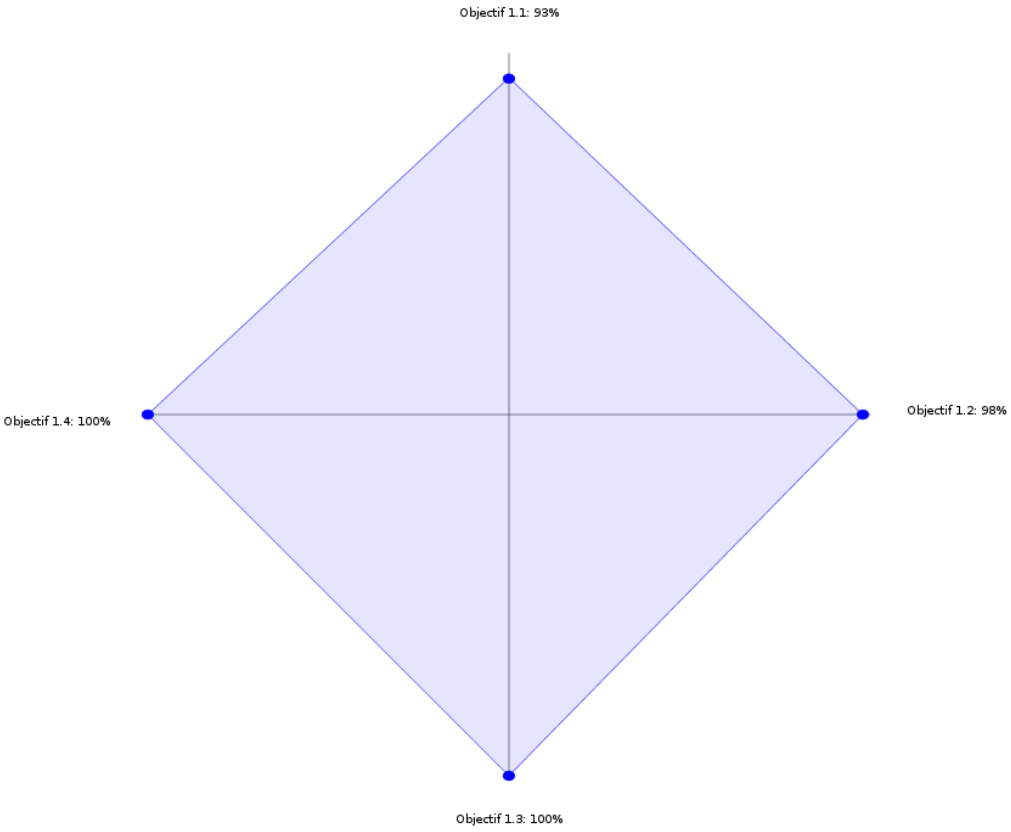
Au regard du profil de l'établissement,120 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



98%

du score maximal

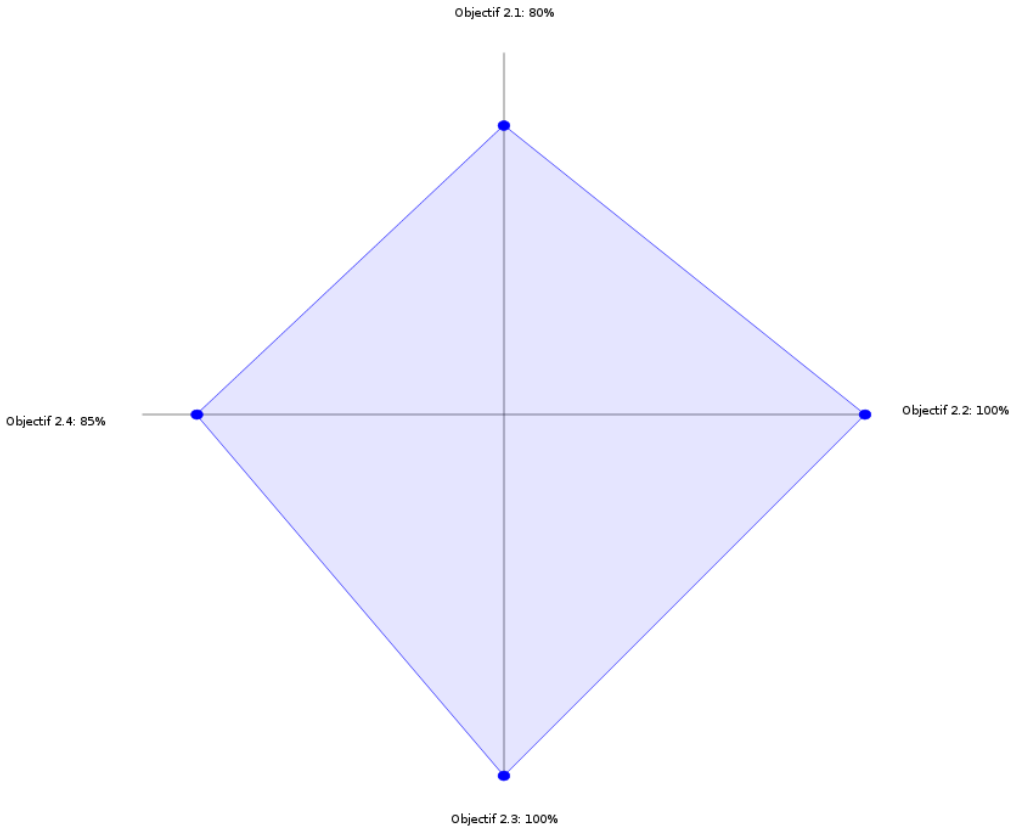
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient est informé et impliqué tout au long de son séjour, de son admission à sa sortie. Le site internet du Centre Hospitalier contient des informations sur les droits du patient et des vidéos explicatives sur différentes prises en charge (maternité, urgences..). Des affichages sur ses droits sont présents à l'entrée de chaque service (charte de la personne hospitalisée, charte de l'enfant hospitalisé, charte du handicap, charte de bientraitance, affichage des coordonnées des représentants des usagers). Des affiches de promotion primaire (tabac, alcool, nutrition, vaccination, hygiène) sont également présentes au sein des services. Cet affichage n'est cependant pas exhaustif et harmonisé au sein de tous les services, avec parfois des informations manquantes concernant la promotion de santé. Le livret d'accueil est systématiquement remis au patient lors de son admission. Néanmoins, les patients interrogés ne connaissent pas l'existence des représentants des

usagers, et ne savent comment porter une réclamation ou signaler un évènement indésirable. En ambulatoire, un passeport est transmis lors de la préadmission, avec des informations spécifiques aux modalités de prise en charge. Dans le cadre du programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) du genou ou de la hanche, des passeports spécifiques sont remis. Il existe de nombreux livrets d'accueil spécifiques par spécialités (dialyse, néonatalogie, pédiatrie, maternité, hôpital de jour d'oncologie, long séjour…). Des plaquettes ou flyers d'information (concernant un acte, une prise en charge ou des conseils éducatifs) sont mis à disposition dans tous les services. Des informations adaptées à l'enfant sous forme de petits livrets imagés sont mis à disposition. L'enfant est associé aux soins et, selon l'âge, son avis est sollicité quant aux modalités de sa prise en charge. En dialyse, une information pré dialyse, assurée par l'ide coordonnatrice, est formalisée et tracée dans le dossier. En maternité, le projet de naissance est effectif, formalisé. Dans le cadre du projet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) « Femmes Enceintes Environnement et Santé (FEES) », une promotion de santé environnementale est réalisée par des sage femmes formées, avec pour objectif de contribuer à diminuer l'exposition des femmes enceintes et des nourrissons aux polluants environnementaux et perturbateurs endocriniens. Il existe une sage-femme tabacologue. Deux programmes labélisés d'éducation thérapeutiques sont en place : insuffisance cardiaque « cœur en forme » et diabète. Une infirmière stomathérapeute assure une éducation du stomisé. Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effectif. Les directives anticipées sont systématiquement recueillies dans le pôle gériatrie, en USIC ainsi qu'en dialyse. Elles sont scannées dans le dossier lorsqu'elles existent. Sur les autres secteurs, une information sur ces directives est présente sur le formulaire de la personne de confiance et le patient peut indiquer s'il en a rédigé. Néanmoins, la plupart des patients interrogés n'en connaissent pas la définition et n'ont pas bénéficié d'une information orale sur ces directives anticipées. Le consentement, l'engagement et l'expression du point de vue du patient sont recherchés tout au long de son parcours. En néonatalogie et gynécologie, pour tout mineur, le consentement signé des deux parents est tracé dans le dossier. Néanmoins, pour la chirurgie infantile (ORL stomato, digestive, urologique,..) l'autorisation d'opérer pour l'enfant mineur n'est signé que par l'un des deux parents. Le formulaire institutionnel ne permet pas la signature du deuxième représentant légal. A l'annonce de ce constat, l'établissement a immédiatement réalisé une note aux chirurgiens, leur rappelant cette obligation de signature des deux parents avant tout acte chirurgical. Le formulaire a été réajusté pour permettre cette double signature, avec sensibilsation de l'ensemble des services concernés. Avant chaque transfusion, une information et une recherche du consentement du patient sont réalisées et tracées. Un formulaire de refus pour les témoins de Jéhovah existe. Lorsqu'un dispositif médical est implanté, le patient reçoit systématiquement une carte ou un document indiquant la nature et la référence de l'implant. Des consignes de suivi appropriées lui sont remises. Le questionnaire de satisfaction est remis à la sortie par les agents d'accueil, et les adresses mails recueillies pour alimenter l'enquête E-Satis. Néanmoins, il n'existe pas de campagne de satisfaction en USLD. Les équipes adaptent leurs pratiques pour respecter l'autonomie et les besoins du patient tout au long de son séjour. Dans l'ensemble des secteurs, les professionnels s'attachent à respecter la dignité, la confidentialité et l'intimité des patients pour tout acte ou déplacement. Des paravents sont en place sur les différents lieux le nécessitant (en service dans les chambres à deux lits, en salle commune de dialyse, en Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI), entre chaque fauteuil en Hôpital de jour d'oncologie..). Aux urgences, des chambres sont dédiés aux personnes accompagnées par la police, aux personnes ayant subi des violences en attente du médecin légiste, aux personnes agitées en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). Les urgences "traumato enfant" bénéficient d'un circuit et de locaux adaptés au sein des urgences adultes. Les urgences médicales pédiatriques sont réalisées dans le secteur urgences du service de pédiatrie. L'enfant qui doit bénéficier d'une chirurgie est systématiquement pris en charge en pédiatrie afin de bénéficier d'un environnement adapté et d'un personnel formé. Néanmoins, en secteur médecine et chirurgie, l'équipement sanitaire de certains services reste limité (ex 1 à 2 douches pour 25 à 30 lits en service de médecine interne et diabétologie). L'établissement en a conscience et un projet d'extension du bâtiment médico chirurgical (prévu pour 2028) va permettre de doter de douches toutes les chambres. Les contentions sont limitées et leur pertinence de mise en place est évoquée en collégialité. Elles sont prescrites et réévaluées. La

douleur est systématiquement évaluée et tracée dans le dossier, avec une recherche rapide et adaptée de soulagement du patient. En pédiatrie un protocole de prise en charge graduée de la douleur est formalisé. Néanmoins, pour les autres services, la prescription d'antalgiques en si besoin n'est que rarement conditionnée par une échelle de douleur. Le compte rendu du dernier Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) de 2022 indique la nécessité de paramétrer cette prescription conditionnée en l'intégrant comme une priorité du groupe de travail « consolidation du dossier patient informatisé ». Ce travail n'est néanmoins pas initié à ce jour. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins ou projet de vie. Dans les secteurs de pédiatrie et néonatalogie, des canapés lits et plateaux repas sont proposés aux parents. Le père est sollicité pour le peau à peau dès la naissance de l'enfant. Les parents peuvent accompagner leur enfant jusqu'à l'entrée du bloc et le rejoindre en salle de réveil dès la fin de l'intervention. Un studio des familles peut être proposé aux proches désirant rester à proximité. En unité de soins palliatifs, il existe un salon des familles avec un espace aménagé pour les enfants. Les visites sont autorisées sans restriction horaire. Sur tous les secteurs, la présence des aidants est favorisée pour les patients en situation de handicap ou présentant des troubles cognitifs. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte et tracées dès l'admission du patient. Une évaluation régulière de l'autonomie est réalisée afin d'adapter la prise en charge du patient en fonction de ses besoins. Le recours au kinésithérapeute ou à l'ergothérapeute permet de préserver l'autonomie du patient et favoriser son retour au domicile dans de bonnes conditions. Les assistantes sociales sont intégrées dans les staffs pluridisciplinaires, afin de repérer de façon précoce la nécessité de recours social pour les patients. Aux urgences, un circuit court est organisé pour les résidents des maisons d'accueil spécialisées (MAS). Des échanges de personnel MAS/urgences ont abouti à améliorer la prise en charge de ces patients spécifiques. Dans le cadre d'une chirurgie digestive, une prise en charge préalable en court séjour gériatrique est envisagée pour les personnes âgées fragilisées. Dans le cadre des programmes RAAC, une prise en charge kinésithérapique est réalisée dès la salle de réveil afin de permettre une récupération rapide de la mobilité. Il existe une chambre pour Personne à Mobilité Réduite (PMR) en chirurgie ambulatoire. En dialyse, une étude « Qualifragilys » (Qualité de vie des personnes fragiles et hémodialyse incrémentale) permet d'intégrer les dialysés vulnérables dans un protocole adapté de prise en charge. En oncologie, une socio esthéticienne et une arthérapeute interviennent auprès des patients en cure de chimiothérapie. En pédiatrie, pour les enfants hospitalisés, un lien Visio scolaire est mis en place si besoin. L'association des blouses roses passent quotidiennement pour divertir les enfants. En maternité, des chambres sont proposées pour les expectantes afin de leur permettre de rester à proximité de l'hôpital. Un repérage de la vulnérabilité est assuré avec une fiche de liaison Protection Maternelle et Infantile (PMI). Une prise en charge des situations avec fragilité psychique périnatale est organisée avec la collaboration du Centre de ressources et de soins en psychiatrie périnatale (CRSPP) (organisation de staffs de vulnérabilité tous les deux mois avec évaluation annuelle ARS). En SSR, un temps partagé SSR/ urgences d'une assistante sociale permet le repérage précoce dès l'arrivée aux urgences des personnes âgées nécessitant une prise en charge sociale. La sortie est anticipée avec recours aux aides éventuelles et aménagement du domicile. En unité de Soins palliatifs, l'association Pierre Clément accompagne les patients en fin de vie. En USLD, des ateliers d'animation sont en place et peuvent être personnalisés au patient. Il existe une salle des fêtes et un jardin thérapeutique avec des moutons. L'ergothérapeute anticipe les besoins en matériel dès la pré admission du patient.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



91%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	80%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	85%

Pour l'ensemble des professionnels du centre hospitalier, la recherche de l'efficacité, de la sécurité et de la pertinence des soins est un objectif partagé. En chirurgie orthopédique, digestive et gynécologique, les prises en charge en Récupération Améliorée Après Chirurgie (RAAC) sont favorisées en tenant compte des critères d'éligibilité. En Unité de long séjour (USLD), il existe une commission des admissions pluridisciplinaire. Pour le Soins de Suite et de Réadapatation (SSR), les demandes d'admission ne font pas l'objet d'une analyse pluri professionnelle systématique (accord donné par le médecin seul). En maternité une évaluation des pertinences des césariennes programmées est menée et suivie. En pédiatrie, pour les prises en charge complexes, les services spécialisés des Hôpitaux Univesitaires de Strasbourg (HUS) sont sollicités. L'antibiothérapie est prescrite, suivie, évaluée selon les recommandations. Les médecins peuvent s'appuyer sur un référent local,

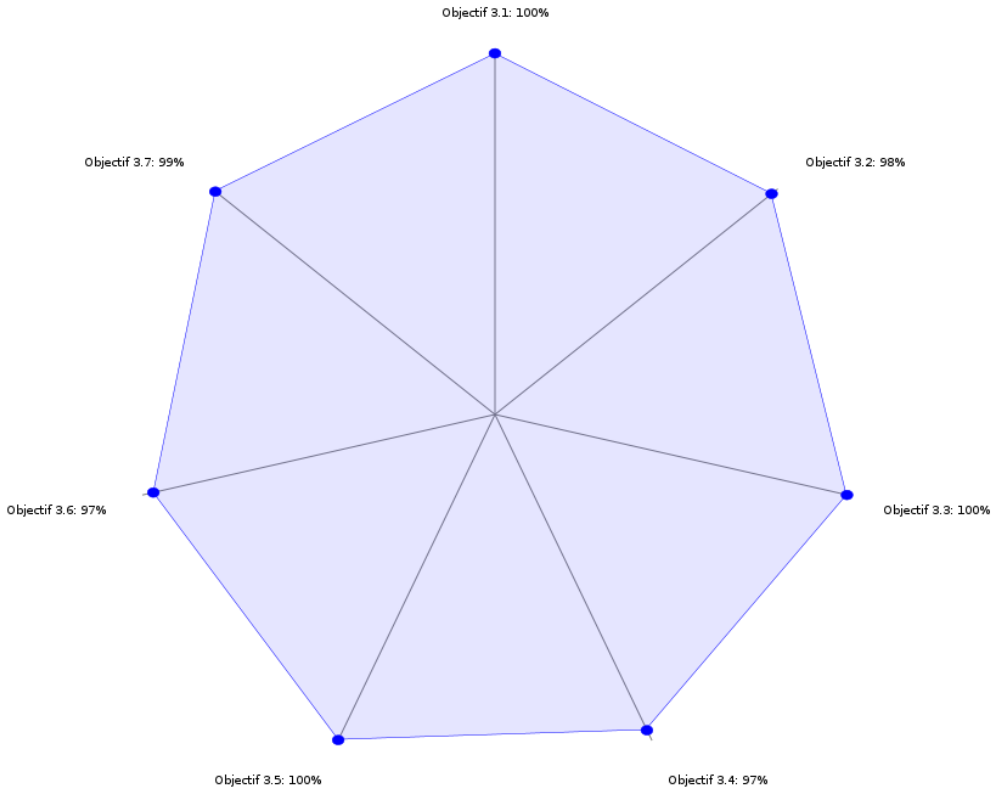
des conduites à tenir locales, des référents des HUS (en particulier en cas d'infection ostéo articulaire), ainsi qu'à un guide numérique de traitement des maladies infectieuses issu du Collège des universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales (e POPI). La transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est argumentée dans la prescription médicale mais n'a néanmoins pas fait l'objet d'une évaluation de pertinence des pratiques. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Le dossier informatique du patient pris en charge par la Structures Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) comporte les éléments nécessaires, avec identification des intervenants. A son arrivée, le patient bénéficie d'une analyse de gravité selon une échelle de tri. Le médecin du "secteur long" est joignable par l'infirmière organisatrice d'accueil (IOA). L'IOA informe régulièrement le patient sur le temps d'attente. Le logiciel GESLIT et les points journaliers (3 fois/jour) avec l'encadrement permet de connaitre en temps réel la disponibilité des lits. Les dossiers antérieurs des patients sont accessibles par l'informatique. Les dossiers SMUR problématiques sont analysés le jeudi lors d'un staff et font l'objet d'actions correctives. Des "cross checking" sont décidés 2 fois par jour, pour optimiser la sécurité de la prise en charge des patients. Un compte rendu est édité par le logiciel des urgences pour toute sortie des urgences (y compris les hospitalisations), pour être transmis au médecin traitant. Un agent d'accueil, posté dans chaque service, est chargé de l'accueil des patients (identitovigilance, installation, ...). Dans les services, des staffs pluri professionnels et pluridisciplinaires hebdomadaires sont organisés. Il existe une coexistence du dossier papier et informatique sur plusieurs secteurs (anesthésie, maternité, consultations, …). Cependant, une organisation permettant les accès aux données par tout professionnel contribue à assurer la continuité de prise en charge des patients. Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support, ...) partagent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient. Une procédure d'hébergement est formalisée et permet de sécuriser la prise en charge des patients non orientés dans l'unité adaptée faute de disponibilité. En chirurgie ambulatoire, une infirmière de parcours reprend le parcours du patient et apporte les informations pré per et post opératoires au patient ou à ses proches. En Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI) le score d'autorisation de sortie est validé selon le protocole avec une validation du chirurgien. Au bloc opératoire, les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace. En secteur cardiologie, la coordination médico-soignante dans le parcours du syndrome coronarien aigu est maitrisée. Un Programme d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) est en place pour les patients en Insuffisance cardiaque. Un Partenariat est organisé avec les 4 centres de rééducation cardiaque du territoire. En dialyse, un cahier de transmissions est mis en place, permettant de faire le lien avec le patient et les intervenants extérieurs. Un staff pluridisciplinaire annuel est organisé. En oncologie, le parcours d'oncologie est organisé, avec participation en visio des professionnels de l'établissement aux réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP) organisées par l'Institut de cancérologie Strasbourg Europe (ICANS). Une infirmière de coordination assure la consultation d'annonce infirmière et remet le projet personnalisé de soins au patient. En salle de naissance, un Staff journalier est en place. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat. Chaque code rouge est évalué avec un comité de retour d'expérience (CREX) si besoin. Toute la prise en charge est organisée et les moyens mis en œuvre dans l'objectif d'éviter la séparation mère-enfant : ainsi la surveillance post césarienne est assurée en salle d'accouchement pour préserver le peau à peau et le transfert de la maman avec son bébé est organisé si besoin. Les sages-femmes organisent un retour précoce au domicile à J2 ou J3, en collaboration avec les sages-femmes libérales. En réanimation, la coordination entre les urgences et les services d'aval est assurée, malgré des logiciels non interfacés (comptes rendus intégrés, prescription sur le dossier patient informatisé si transfert). Des staffs médicaux hebdomadaires sur les dossiers remarquables sont organisés. Un registre des refus est en place. Néanmoins, le suivi et l'analyse des réhospitalisations à 48h n'est pas assuré. Concernant le don d'organe, des informations sont mises à disposition dans les salles d'attentes. Néanmoins, si les équipes de réanimation savent contacter le centre de référence en cas de donneur potentiel (CHU Strasbourg), les patients déclarés en mort cérébrale ne font pas l'objet d'une analyse systématique d'éligibilité

au don d'organes (seuls 2 donneurs recensés en 2022). En SSR, pour préparer la sortie, selon les besoins, l'ergothérapeute se déplace à domicile pour identifier les équipements, nécessaire et reste en contact avec la famille (envoi de photos) pour valider les installations. Après la sortie, l'équipe mobile de gériatrie peut intervenir au domicile du patient pour s'assurer dans un second temps de l'état de santé du patient. En lon séjour (USLD), pour les prises en charge complexes, un staff médical est organisé une fois par semaine afin d'avoir des échanges croisés sur la pertinence de la prise en charge du patient et choix thérapeutiques. De même lors de ce staff, sont évoqués la pertinence des parcours au sein de la filière gériatrique. Un projet de soin et de vie est engagé dès l'entretien de préadmission. En unité des soins palliatifs, une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. Les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs peuvent être sollicitées par tous les services et interviennent hors les murs pour le suivi des patients au domicile. L'équipe pédiatrique fait appel au besoin à l'EMSP pédiatrique d'Alsace. Les courriers de liaison et de transferts sont complets et conformes, adressés aux correspondants via un service sécurisé d'envoi des comptes rendus médicaux (lifen). En pédiatrie, Tous les éléments sont consignés dans le carnet de santé de l'enfant. Les courriers sont automatiquement intégrés dans le dossier médical partagé (DMP) du patient. La conciliation médicamenteuse est en place pour les patients de plus de 65 ans entrés par les urgences et hospitalisés en neurologie et en Unité de Cardiologe Génarale (UCG) avec participation au projet d'expérimentation et d'innovation en santé MEDISIS art 51, permettant une conciliation d'entrée et de sortie, un lien avec les professionnels de ville, et la remise d'un livret personnalisé au patient. Les professionnels connaissent les vigilances sanitaires et les modalités de déclaration et de réception des alertes. Une coordination des vigilances est en place et se réunit annuellement pour présenter le bilan de chaque vigilance. La Vaccination des personnels est favorisée (vaccin gratuit, possibilité de se faire vacciner dans les services) avec des résultats suivis. L'identitovigilance est structurée, avec mise en place de deux couleurs de bracelets différentes selon le niveau de vérification de l'identité. Un trombinoscope est en place en dialyse (intégré au logiciel). Le circuit transfusionnel est sécurisé. Concernant la prise en charge médicamenteuse, il existe une forte dynamique de sécurisation médicamenteuse: analyse pharmaceutique de niveau 2 et 3 avec suivi des interventions pharmaceutiques, liste des médicaments à risque nominative et adaptée à chaque service, KCL individualisé et séparé des autres électrolytes, étiquetage des perfusions et seringues électriques, gestion des traitements personnels des patients. Les transports sont sécurisés. Pour les toxiques, une vérification systématique de la fonction de l'infirmière est assurée à la pharmacie. Une organisation prévient et suit les ruptures de stocks (2 pharmaciens et une préparatrice 1/2 journée par semaine). Les conditions de conservation sont conformes, notamment pour les produits thermosensibles. La règle des 5 B est connue et respectée par les infirmières. Une procédure de l'auto gestion des médicaments en maternité est formalisée. Le circuit des produits cytostatiques est sécurisé. Il existe un programme de formation pérenne pour les infirmières : Formations intra, quizz, affiches....Lors d'un parcours physique en radiologie, il a été constaté dans les boxes de préparation pour les scanners injectés, la présence de chariots non sécurisés, avec des médicaments et matériels accessibles au public. Suite à ce constat, l'établissement a revu la localisation de ces chariots pour sécuriser le circuit. En unité de médecine interne, les piluliers sont préparés deux fois par semaine, avec par conséquent un stock déporté des médicaments. Suite à ce constat, la pharmacienne a réorganisé avec la cadre la préparation quotidienne des piluliers. La gestion des dispositifs médicaux implantables et médicaux réutilisables est conforme avec une traçabilité en accord avec la règlementation. Concernant la maitrise du risque infectieux, il existe également une forte dynamique de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), qui mène de multiples projets avec obtention de prix régionaux et nationaux. Le médecin hygiéniste est à l'initiative de nombreuses publications. Des audits sont réalisés et couvrent toutes les thématiques concernées par les infections associées aux soins: Hygiène des mains, précautions standard et complémentaires, préparation cutanée de l'opéré, sondage urinaire, voie veineuse périphérique....La consommation de produits hydro alcoolique (ICSHA) est personnalisée à chaque service et communiquée de façon trimestrielle. Un journal mensuel « les infos de l'EOH » est diffusé en interne. Un totem pédagogique lumineux à destination des usagers se trouve dans le hall du CH pour la bonne utilisation des SHA. Les

pratiques sont conformes en règle hygiène concernant les cathéters de dialyse. Le Zéro bijou est respecté sur l'ensemble des services visités. Des outils d'accompagnement des pratiques sont proposés: carnet de check lists de l'hygiène hospitalière et de la prévention des IAS/ livres en bande dessinée/ loto de l'hygiène et la prévention des soins/vidéo « objectifs risque zéro »…Des ateliers de formation pratiques à destination des ASH sur le bio-nettoyage sont organisés. Au bloc opératoire, les circuits sont respectés et les prélèvements microbiologiques suivis. L'antibioprophylaxie est conforme aux recommandations, tracée dans le dossier. Des évaluations sont réalisées et attestent du respect des délais et du choix adapté de l'antibiotique selon l'intervention. Concernant les endoscopies, les locaux sont spacieux, y compris la salle de lavage des endoscopes. L'équipe d'endoscopie mène une démarche de gestion des risques liés aux actes d'endoscopie : staff hebdomadaire avec analyse des dysfonctionnements, cahier des dysfonctionnements, comité de retour d'expérience si besoin, évaluation de la check list en endoscopie, analyse des programmations, revue morbi mortalité (RMM) en collaboration avec le CH de Wissembourg, analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Un travail a été mené avec le fournisseur d'endoscopes pour limiter la contamination des endoscopes en retour de maintenance. La traçabilité papier requière le recoupement de plusieurs supports si besoin (informatisation prévue en 2023). Il existe un suivi continu des prélèvements bactériologiques en collaboration étroite avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (professionnel formé aux prélèvements). Les professionnels sont formés. Un accompagnement des nouveaux arrivants est organisé avec des grilles de compétences et un encadrement doublé 3 semaines. Chaque secteur (ORL, endioscopie transoesophagienne (ETO), Gynéco) gère la désinfection de son matériel. Ces secteurs sont intégrés à la charte d'endoscopie et participent au comité d'endoscopie. Le transport interne s'appuie sur le logiciel PTAH qui organise les déplacements des brancardiers. Chaque brancardier dispose d'un terminal qui l'informe du transport à effectuer, les coordonnées du patient, ses particularités (mode de transport, hygiène, abords veineux; localisation,...). Le matériel de transport est géré par chaque service, les brancardiers assurent la désinfection du matériel après utilisation. Les professionnels sont formés à l' exception des nouveaux arrivants dont la formation est planifiée (journée d'accueil (identitovigilance, postures hygiène, gestes d'urgence, communication)). En secteur de cardiologie interventionnelle, le patient est informé des doses de rayonnements ionisants qu'il a reçues, grâce à la surveillance avec le système " Dose tracing " lors de coronographie. Une procédure spécifique per opératoire en cas de surdosage est en application, afin d'éviter tout risque de brûlures. Ces éléments sont tracés dans le dossier patient informatisé et dans le compte rendu opératoire, lui-même intégré dans le DMP. La dose reçue n'est néanmoins pas intégrée dans le compte rendu de sortie. Les équipes évaluent leurs pratiques (participation active aux audits/audits croisés, évaluations de pratiques professionnelles…). Les professionnels connaissent les résultats des enquêtes de satisfaction des patients et mettent en place des actions en lien. Ils participent au recueil des indicateurs qualité sécurité des soins, aux actions décidés et en suivent l'évolution. Lorsqu'une analyse collective d'un évènement indésirable associé aux soins (IAS) est réalisée, un plan d'action est mis en place et suivi. Les professionnels rencontrés connaissent les actions issues de la commission des usagers. Les interfaces sont opérationnelles avec le laboratoire et la radiologie, avec des délais de rendu des résultats en cohérence avec le niveau d'urgence des demandes. Le laboratoire de biologie a organisé une immersion aux urgences pour identifier les causes de prélèvements hémolysés et mise en place d'actions correctives adaptées. Une réunion annuelle entre les services et le laboratoire fait le point sur les non conformités et les actions correctives à mener. Les non conformités sont transmises régulièrement au cadre. Les check lists au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels sont évaluées et font l'objet d'actions d'amélioration. Un comité de retour d'expérience peut être déclenché de manière ponctuelle en cas d'un NO GO. Cependant, le suivi des GO NO GO n'est pas assuré. En Maternité, plusieurs évaluations de bonnes pratiques sont menées (HPP, partogramme, pertinence des césariennes programmées, participation à plusieurs études (COROPREG, CORONEO, Instrumoda, Cicamoda.....). Des formations par simulation sont organisées en intra. Une liste d'indicateurs est définie, suivie et les résultats sont régulièrement présentés en équipe. En pédiatrie, un protocole d'antalgique par voie nasale a été mis en place en 2019, et évaluée en 2022. En oncologie, une évaluation du dossier paramédical a

été menée avec actions en lien sur le paramétrage du dossier informatisé.

Chapitre 3 : L'établissement



99%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
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	99%

Le CH d'HAGUENAU (CHH) est un établissement de premier recours ayant connu une forte croissance d'activité ces quinze dernières années. Depuis 2017, le CHH œuvre en Direction Commune avec le Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter de Wissembourg (CHIL), et, depuis 2019, avec le Centre Hospitalier Départemental de Bischwiller (CHB), constituant ainsi la Coopération Hospitalière Nord Alsace (CHNA). Il est

établissement partie du Groupement Hospitalier de Territoire Basse Alsace-Sud Moselle dont l'établissement support est le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg. Son identité est fortement marquée par sa dynamique territoriale, fédérant les acteurs de la santé – publics comme privés, libéraux comme institutionnels, du champ sanitaire comme médico-social – au bénéfice des parcours patients. L'actualisation du ROR sur les disponibilités en lit est réalisée par le contrôle de gestion sur indication de la Direction dès lors qu'il y a une modification du capacitaire. Les partenaires avec lesquels il y a des filières de soins sont identifiés. Les différents projets (Projet d'établissement du CHH, Projet médico soignants commun CHH-CHIL 2018-2023, Projet médical partagé du GHT) attestent de cette philosophie de territoire, avec en particulier un volet animation territoriale du projet d'établissement, rédigé en partenariat avec les établissements du territoire et les correspondants externes. L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux (projet de Télé-AVC avec le CHIL, télésurveillance des plaies avec logiciel Pixacare en lien avec les équipes IDE libérales, consultations avancées dans le cadre de la fédération de chirurgie commune avec le CHIL, équipes mobile de gériatrie et soins palliatifs, projet Halte soins santé avec le Toit haguenauvien, convention de coopération entre le CHH et AURAL concernant la dialyse, téléconsultation d'imagerie avec le CHIL, filière TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) avec les HUS…). Il existe de nombreuses réunions en visio-conférence avec les établissements publics et privés de la zone d'implantation du GHT et l'ARS (vagues COVID, Hôpital en Tension, gestion des réfugiés ukrainiens, vaccination). L'expérimentation Médisis (article 51) de conciliation médicamenteuse est intégrée dans le projet de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) du pays des sources. L'établissement est associé aux 3 CPTS environnants (CPTS Pays des sources, Mossig et Vignoble et Haguenau (en cours de formation)). Un magazine « Le lien » est diffusé une à deux fois par an aux correspondants extérieurs, permettant de les informer sur les projets et travaux du CHH. L'établissement suit les résultats des IQSS « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » ainsi que ceux des indicateurs numériques des programmes HOP'EN et SUN'ES, avec une amélioration des résultats sur les derniers recueils de 2022. Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide en s'appuyant sur des conventions de coopération avec les établissements publics et privés environnants (Filières des urgences cardiaques et neuro vasculaires, Soins critiques adultes et néonatalogie, Urgence mains, urologie..). Pour les urgences concernant la personne âgée, des moyens sont mis en œuvre pour éviter les passages aux urgences ainsi que les hospitalisations (Convention avec le service Hospitalisation à Domicile (HAD) Nord Alsace, travail au sein du Réseau de Gériatrie 67 et la filière gériatrie du GHT (projet PANDA), déploiement du Kit ASSURE). Il existe une procédure Hôpital en Tension (HET) pour les tensions saisonnières avec le bed-management assuré collectivement lors de Cellules HET. L'établissement peut être aisément contacté par les usagers et correspondants externes (standard 24/24 décentralisé au urgences la nuit, système de téléphonie permettant d'informer les usagers du temps d'attente et/ou leur proposer d'être rappelés automatiquement, système de message d'accueil-pré-décroché, plateforme de rendez-vous, adresse mail des secrétariats, numéros directs des secrétariats et coordonnées des intervenants sur les comptes rendus, site internet, …). Certains services communiquent un numéro direct aux patients sortants afin d'être rapidement joignables (SSR accessibilité de toutes les coordonnées des intervenants, chirurgie numéro dédié pour les avis médicaux, gynécologie numéro direct…). L'établissement dispose d'une solution de transmission dématérialisée et sécurisée des comptes rendus (Lifen). Une Unité de Recherche Clinique (URC) a été structurée sous l'impulsion de la Direction et du président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) pour soutenir les équipes médicales et paramédicales dans la réalisation de leur projet de recherche (65 publications en 2021). L'URC informe par email tous les professionnels de santé de la parution de la circulaire relative aux appels à projets nationaux et régionaux. Le CHH déclare son activité SIGAPS-SIGREC. La satisfaction du patient est recueillie via E-satis, renforcée par des questionnaires de satisfaction interne de l'établissement. Une refonte de ce questionnaire interne afin d'intégrer une partie sur la sortie est en cours, avec la collaboration de la commissions des usagers. Le retour de ces enquêtes est de l'ordre de 30%. Les emails sont récupérés par les agents d'accueil dès l'entrée des patients. Des campagnes spécifiques par

service sont menées (Hdj Oncologie et addictologie, ETP cœur en forme, dialysés, urgences adultes et pédiatriques, médecine nucléaire, salle de naissance, endoscopie, IRM, radiologie, réanimation patients et proches, addictologie CSAPA). Un tableau de suivi de ces différentes enquêtes est communiqué en instances et diffusé annuellement aux cadres. Des actions en lien avec la satisfaction patient sont inscrites dans le Programme d'Amélioration de la Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) et suivies en collège qualité, CME et commission des usagers. Des enquêtes PROMS sont menées pour évaluer la qualité de vie des patients inclus dans les projets de recherche clinique (études ESTIMABL3, CRUZSENIOR, QUALIFRAGYLIS). Développer l'expérience patient constitue la fiche action 10 du projet qualité intégré dans le projet d'établissement. Dans le cadre du travail en réseau entre les maternités alsaciennes (Réseau Périnatal Naître en Alsace) les parents en situation de deuil périnatal se voient proposer des temps de parole organisés par le CMCO (Schiltigheim) à visée des parents vivant la même expérience. En oncologie, une IDE accompagnée d'un patient interviennent en IFSI sur la thématique : prise en charge et vécu des soins en oncologie (Haguenau et Saverne). Lors des ateliers d'éducation thérapeutique cœur en forme et diabète, l'interactivité entre patients est suscitée afin de pouvoir partager les expériences patient et en faire bénéficier les autres patients. Les Associations de patients ayant signé une convention avec le CHH (alsace cardio, Pierre Clément, URILCO67, Amis des personnes âgées…) sont sollicitées annuellement par la commission des usagers du CHH pour recueillir leurs observations et propositions. Lors des informations pré dialyse, les infirmières orientent les nouveaux patients vers des patients expérimentés afin d'échanger sur les techniques, sur leur ressenti et leur vécu. Dans le cadre de la convention signée avec l'association URILCO, un patient porteur d'une stomie se déplace et rencontre chaque patient concerné en individuel. Néanmoins, ces démarches d'expertise patient ne sont pas connues des représentants des usagers rencontrés. Les patients ne sont pas intégrés aux démarches collectives d'amélioration des pratiques. Les plaintes et réclamations sont partagées en équipes et connues des représentants des usagers. Des médiations médicales sont organisées si besoin. Les professionnels bénéficient de formations abordant la communication ou la gestion de l'agressivité (dispositif d'annonce, gestion du stress, gestion de la violence et communication non violente, accueil téléphonique,...). Une politique de bientraitance est en place et déclinée sur le terrain (charte de bientraitance, référent bientraitance). Le respect de la bientraitance est promu (repérage des fragilités, modalités d'écoute des personnes fragiles). Les professionnels connaissent les circuits de signalement des maltraitances. Un repérage de la maltraitance est assuré au travers d'une cartographie des risques et d'actions spécifiques (affichage des numéros d'alerte en cas de constat de situations de maltraitance, procédure de prise en charge des patients victimes de violences intrafamiliales, poster avec une main et un point noir dans les salles d'attente informant sur la possibilité d'alerter discrètement sur un vécu de maltraitance, suivi PMSI des codages en lien avec des situations de maltraitance…). Les représentants des usagers se sentent impliqués. Ils sont force de proposition pour des actions et participent à des groupes: avis sur documents d'information patient, groupe qualité, participation à la journée des nouveaux arrivants et à l'IFSI, participation à l'enquête sur les délais de prise en charge en consultation publique et privée, travail sur la priorisation des enfants handicapés en consultation. Il n'existe cependant pas de projet des usagers formalisé. L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap. Les représentants des usagers sont membres de la commission d'accessibilité du CHH. Ils participent à l'amélioration de l'accessibilité des locaux du CHH. Les demandes d'accès au dossier médical sont suivies avec des délais règlementaires respectés. Les patients sont intégrés dans des essais cliniques, promus par l'unité de recherche clinique (45 essais en 2022). Les centres de maladies rares sont listés et diffusés via la gestion documentaire. La politique qualité est cosignée par le directeur et le président de CME. Elle s'articule autour de cinq axes prioritaires et est déclinée dans le projet qualité en 15 fiches actions. Le suivi annuel est réalisé avec l'appui du Programme d'Action Qualité Sécurité des Soins, présenté en collège qualité (sous-commission de la CME). Les orientations prioritaires sont déterminés en fonction des projets médicaux et soignants, des exigences réglementaires , des enquêtes de satisfaction, des recommandations de bonnes pratiques ... La culture de sécurité est réalisée en s'appuyant sur des démarches « ludiques » : escape Game, quiz, jeu « incollables de la qualité » (3ème place, concours ARS GRAND EST). Les thèmes sont multiples :

circuit du médicament, hygiène, identitovigilance, sensibilisation à la déclaration des FEI...L'adaptation des ressources en regard de l'activité est constamment analysée surtout en période de tension et s'appuie sur une procédure pouvant aboutir à une réduction capacitaire. La direction des soins a élaboré des maquettes organisationnelles, des ratios et des organisations dégradées. La commission des admissions non programmées (CACNP) se réunit deux fois par an pour anticiper les fermetures de lits. Les faisant fonction cadres bénéficient d'un dispositif d'accompagnement avec formations pour les préparer au concours d'entrée en école de cadres. Les cadres et responsables médicaux bénéficient de formations au management Deux infirmières de pratiques avancées exercent en chirurgie vasculaire et dans le pôle gériatrique. Deux autres sont en cours de formation. Un protocole de coopération est structuré avec des infirmières de cardiologie, formées à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (consultation de titration et télésurveillance du poids). Des formations au management sont proposées à l'encadrement. Des coachings sont proposés aux directeurs et aux cadres. De multiples réunions sont organisées (réunions direction des soins et cadres supérieurs de pôle, réunions des cadres, réunion de direction hebdomadaire, Comité de Direction (CODIR) mensuel, bureaux de CME...) Les cadres organisent des réunions de service pour soutenir la dynamique d'équipe. L'établissement a répondu à un appel à projet ARS sur le déploiement de projets collectifs, avec possibilité d'une « prime d'engagement collectif » : 16 équipes ont déposés un projet. Différentes formations sont mises en place: QVT, coaching-cohésion d'équipe, co-développement, « accompagner le changement et le développement d'équipe » à destination de l'encadrement pour faciliter le travail en équipe. La synchronisation des temps médicaux et non médicaux selon l'outil de l'ANAP a été mise en place en médecine. De nombreuses formations sont en place, avec des formations spécifiques selon les spécialités. Une IDE formée forme des référents au tutorat (136 référents tuteurs AS et IDE). Une campagne d'entretiens professionnels pour les médecins est initiée (31 médecins en 2022). L'établissement favorise les formations diplômantes (cadres, IADE, IBODE, puer,...). De nombreux professionnels sont impliqués dans des activités liés à la qualité (référents hygiène, douleur, vigilances, douleur, handicap,...). Le comité d'éthique existe depuis plusieurs années et est composé de professionnels internes et externes au CH. Il se réunit trois par an et aborde des sujets proposés par les professionnels. Ces derniers sont sollicités par questionnaire pour proposer des sujets d'éthique et peuvent soumettre leur questionnement via une adresse mail dédié ou contact téléphonique. Une conférence annuelle est organisée sur un thème précis (« quelle place pour les proches dans un hôpital en mouvement « en 2022). La politique Qualité de Vie Au Travail (QVT) est développé au sein de l'établissement en concertation avec les instances représentatives des professionnels. Les groupes de travail projet social et QVT se sont regroupés pour former 3 groupes de travail (« Amélioration des conditions de travail » avec l'atelier QVT « Bien-être », « Gestion prévisionnelle des emplois, qualifications et valorisation des acquis professionnels » avec l'atelier QVT « Vie privée/vie professionnelle », « Modernisation des relations sociales et droits d'expression des personnels » avec l'atelier QVT « Décloisonnement/Communication »). Le dernier questionnaire de satisfaction du personnel date de 2016, la période Covid a retardé la réalisation d'un nouveau questionnaire. La création d'une commission de « postes aménagés » est en projet. Les postes d'agents d'accueil, de coursières, d'accueil sont occupés par des professionnels en poste aménagés. Un dispositif « détection du harcèlement » est géré par le Service de Santé au Travail (SST) en liaison avec la Direction. Si besoin, les professionnels peuvent faire appel à la psychologue du service de santé au travail. Les conflits interpersonnels sont gérés en première intention par l'encadrement, en seconde intention par la direction, l'appel à un médiateur externe est possible mais exceptionnel. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. Le plan blanc a été récemment réactualisé, travaillé avec l'ARS, en cohérence avec le plan ORSAN (établissement de recours de niveau 1). Les risques environnementaux et naturels sont identifiés et un plan de continuité d'activité (PCA) est réalisé pour chaque risque identifié (inondation, intempéries, canicule, panne électrique, cyberattaque…). Un exercice de simulation alerte attentat a été réalisé avril 2022. Des retours d'expérience (RETEX) sont réalisés et analysés en collège qualité (suite à la première vague COVID et au décours d'un incendie dans un EHPAD en juin 2022). Les risques numériques sont maitrisés avec un mode dégradé connu des professionnels des services et la présence de kit papiers dans les services en cas de cyber

attaque. La prévention des biens et personnes est assurée par un plan de sécurisation actualisé annuellement et validé par le référent sureté du commissariat de Haguenau en 2017. Les accès sont sécurisés (portes à clés ou code, badges d'accès, vidéo protection, identification de locaux de confinement en cas d'attentat…). La culture de développement durable (DD) est ancienne et intégrée au Projet d'établissement (avec des axes déclinés dans le projet de soins et projet qualité). Le gestionnaire des risques est désigné comme référent DD. La dynamique de travail sur l'éco responsabilité est portée par le groupe PELICAN, constitué d'une 50 aine de professionnels. Des groupes de travail mènent des actions concrètes (incitation au covoiturage/vélo avec participation à la semaine « au boulot j'y vais autrement », refuge de protection des oiseaux avec un plan de gestion des espaces verts, couches lavables en maternité, essais de bio nettoyage par vapeur ou ultraviolet …). Un label espace nature 4 libellules a été décerné à l'établissement. La filière déchets est organisée. Néanmoins, il a été constaté lors de la visite que les locaux intermédiaires des étages n'étaient pas conformes :Mélange des sacs et boites déchets à risques (DASRI) avec les sacs déchets ménagers (DAOM) (triés au local central), locaux non systématiquement identifiés et non sécurisés, points d'eau ou solutions hydro-alcooliques non retrouvés dans certains locaux, linge propre stocké dans le même local dans un service). Face à ce constat, le médecin référent en Hygiène a engagé en cours de visite une phase de test sur un service (réanimation) avec individualisation de deux bacs DASRI DAOM. Sur les mois à venir, le circuit des déchets sera revu de manière globale afin de le mettre en conformité avec les recommandations actuelles. La gestion de l'urgence vitale est organisée. Un numéro d'appel unique, connu de tous les professionnels, est affiché dans tous les services. Les chariots d'urgence vitale sont en place dans les services, scellés, contrôlés, tracés. Ils sont adaptés à la population accueillie, afin de répondre à toute urgence quel que soit le lieu. Cependant, en secteur USLD et Unité de Soins Palliatifs, il a été constaté un manque de chariot d'urgence. L'établissement a immédiatement réagi en positionnant des chariots dans ces services. Il reste à former les professionnels à leur utilisation. L'établissement déclare , à la suite de la visite, que les professionnels des secteurs USLD et Unité de Soins Palliatifs ont été formés en mars 2023 à l'utilisation du chariot d'urgence. Des exercices de simulation sont dispensés par les référents AFGSU au sein des services. Néanmoins, certains services n'en ont pas bénéficié. Les référents en ont pris note et passeront dans les services concernés. Une évaluation des bonnes pratiques d'utilisation du chariot d'urgence a été menée en 2022. Le matériel de simulation pour réaliser les formations in situ est acquis et opérationnel dans l'établissement depuis 2021. Des formations in situ ont déjà été réalisées en extra-hospitalier (pour reproduire les conditions réelles) pour les équipes du SMUR (avec participation des pompiers) et en intra-hospitalier dans les services de soins de l'établissement. Les professionnels s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes, ainsi que des structures régionales et nationales. Ces recommandations de Bonnes Pratiques sont disponibles sur la gestion documentaire. Une veille documentaire est assurée en interne. L'établissement n'a néanmoins pas mené de revue de pertinence des admissions et des séjours. Il existe une politique d'amélioration de la qualité des soins basée sur le patient (EI, plaintes et réclamation, IQSS, audits, questionnaire de satisfaction, E satis, …). Les résultats des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) ont été présentés en CME, en Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), accompagnés d'une analyse faisant apparaître selon un code couleur pour les points forts et les points d'amélioration, ainsi que l'évolution par rapport à l'évaluation antérieure. Ces résultats font l'objet d'une analyse plus approfondie et de manière plus exhaustive en collège qualité, sous-commission de la CME. Les représentants des usagers y sont également associés. L'ensemble des déclarations d'évènements inédisrables (EI) est réalisé directement sur le logiciel dédié gestion des risques, à l'exception du bloc opératoire qui utilise une fiche de dysfonctionnement interne au service et communique dans un second temps à la gestion des risques. La majorité des professionnels disposent d'un code d'accès pour déclarer. Les signalements sont reçus par la gestionnaire des risques à l'exception de celles concernant le circuit du médicament (adressées au pharmacien), et analysés en cellule des risques qui se réunit deux fois par mois. La cellule des risques peut mandater un de ses membres pour une enquête. Le tableau de suivi des actions correctives est géré par la gestionnaire des risques, qui le communique trois fois par an aux cadres des services pour mise en place et communication. La procédure de

dommage lié aux soins est connue. Les évèments indésirables fraves (EIG) sont déclarés si nécessaire sur le site national de signalement par la Direction de la Qualité, à partir de la Fiche d'évènement indésirable (FEI) transmise par le service. Des professionnels sont formés à l'analyse systémique. Les EIG ou presqu'accidents font l'objet d'une analyse selon la méthode Orion. Des CRex et des RMM sont organisés sur l'ensemble des services. La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval (système de gestion de l'occupation des lits (Geslit), procédure Hôpital en tension, participation aux réunions de la cellule HET, évaluation du besoin journalier minimal en lit (BJML) …). Le bed-management est assuré en période de tension de façon collective par la Cellule HET, où sont représentés l'ensemble des secteurs d'aval au sein de l'établissement.
L'accréditation des médecins relevant de spécialités à risque a été promue par une note incitative de la direction datant de septembre 2022. A ce jour néanmoins, un seul médecin est accrédité en chirurgie digestive.

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 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	670780337	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	64 AVENUE DU PROFESSEUR RENE LERICHE BP 40252 67504 Haguenau FRANCE
Établissement principal	670000157	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	64 avenue du professeur rene leriche Bp 40252 67504 HAGUENAU FRANCE
Établissement géographique	670793587	SOINS DE LONGUE DUREE DU CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	64 avenue du professeur rene leriche Bp 40252 67504 Haguenau 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	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Oui
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	5,069
Nombre de passages aux urgences générales	51,701
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	10
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	287
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	70
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	63
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	7
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	23
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	11,697
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	18
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	11
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	31
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)	11
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	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique
4	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Urgences Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
	Parcours		Tout l'établissement	

9	traceur		Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		chimio
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de longue durée Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé	

16			SAMU-SMUR Soins critiques Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
17	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
18	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR URGENCES
19	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	QVT & Travail en équipe		
22	Audit système	Leadership		
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap	

26			Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	
27	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins critiques Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Médecine Pas de situation particulière Programmé	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Urgences Médecine	

			Hospitalisation complète	
33	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
34	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
35	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
36	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
37	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

38	traceur		Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
39	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque
40	Audit système	Représentants des usagers		
41	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		endoscope
42	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
43	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Soins critiques Urgences Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
44	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		per opératoire
45	Audit système	Maitrise des risques		
46	Audit système	Dynamique d'amélioration		
47	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Adulte Pas de situation particulière	

			Hospitalisation complète Programmé	
48	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient assis > acte d'imagerie
49	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
52	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	
53	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine	

			Hospitalisation complète	
54	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
55	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
56	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
57	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
58	Audit système	Engagement patient		
59	Audit système	Coordination territoriale		
60	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel	

61			Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
62	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient couché > bloc général
63	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
64	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Urgences Adulte Médecine Hospitalisation complète	

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Avril 2023