



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX

2 rue rené-françois jolly
Bp 90619
57211 SARREGUEMINES



Validé par la HAS en Juin 2024

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 – Juin 2024

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	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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

CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	
Adresse	2 rue rené-françois jolly Bp 90619 57211 SARREGUEMINES FRANCE
Département / Région	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	570000158	CH DE SARREGUEMINES - HOPITAL ROBERT PAX	2 rue René-François JOLLY 57211 SARREGUEMINES FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

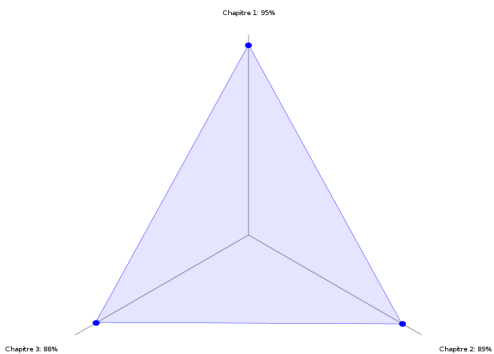
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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

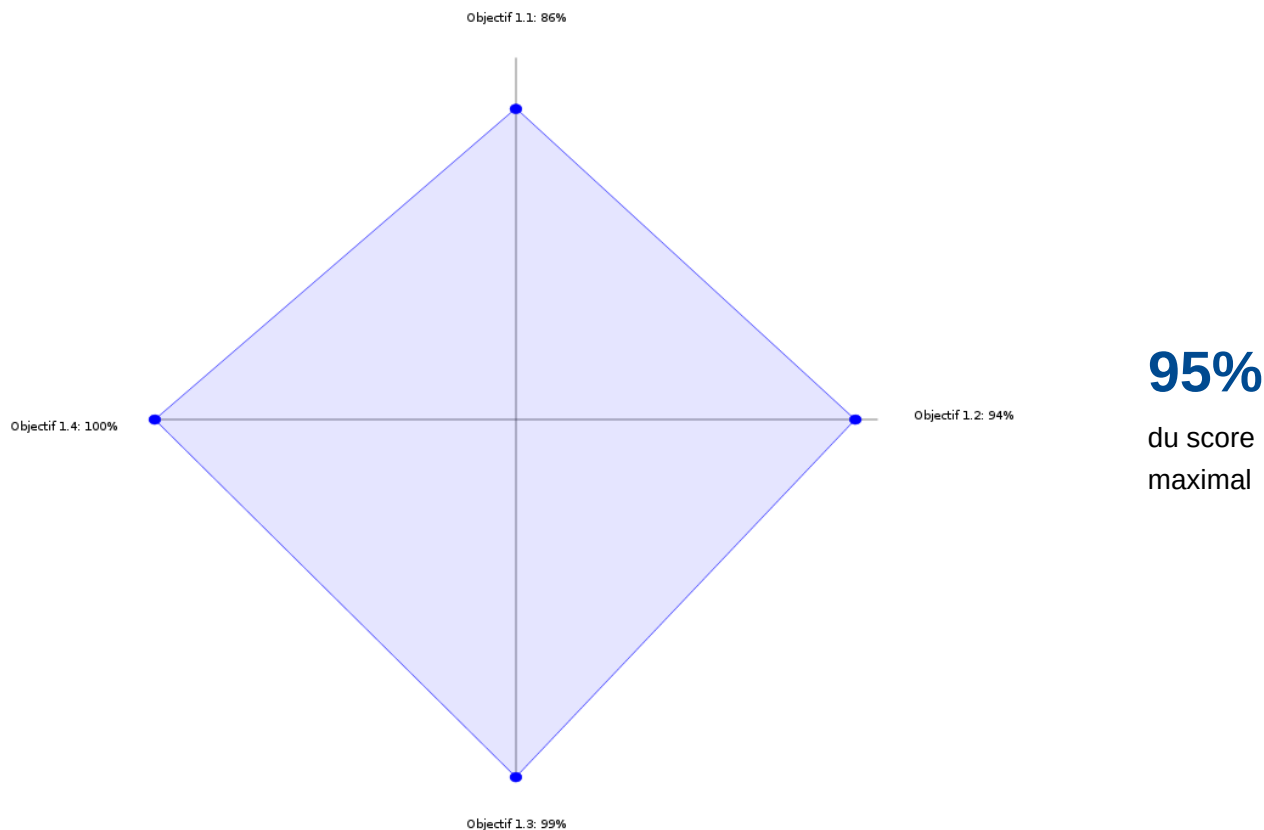
Au regard du profil de l'établissement, [125](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

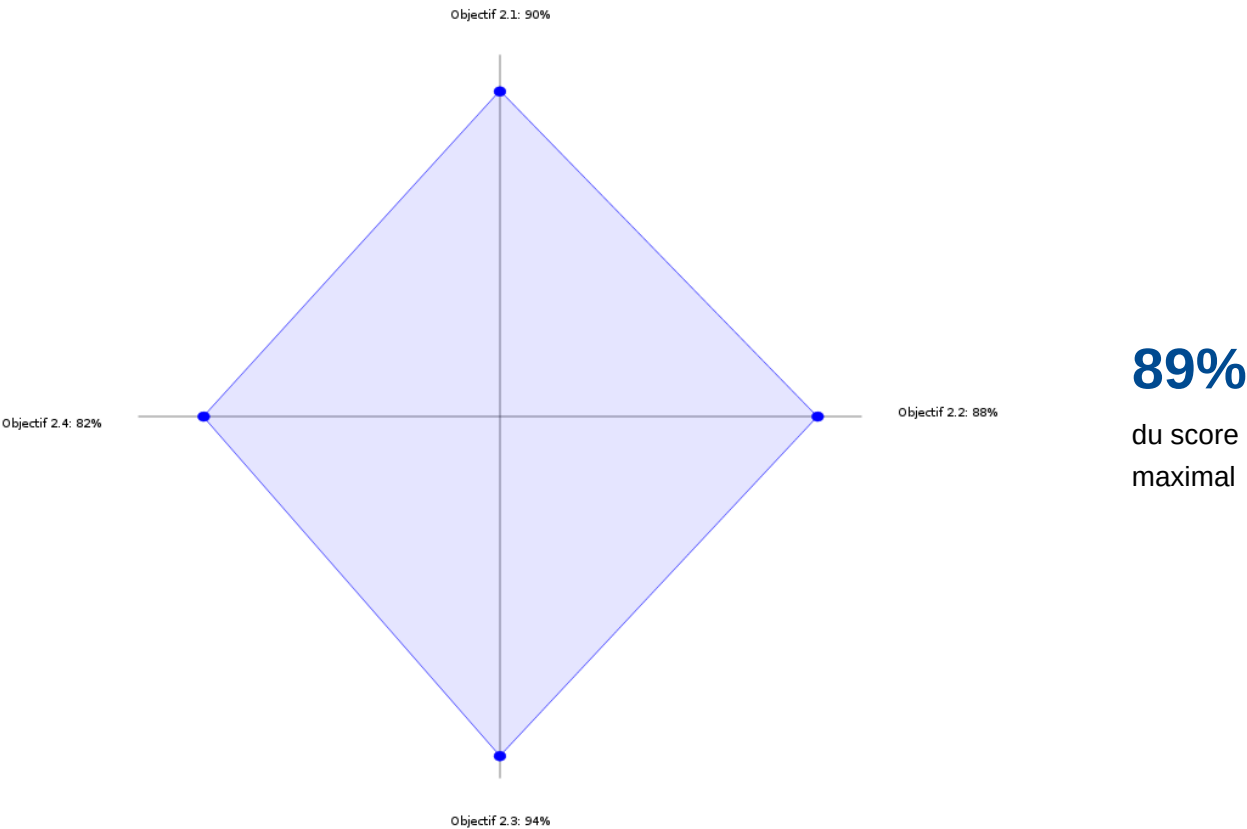


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	86%
1.2	Le patient est respecté.	94%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	99%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge. Toutefois les patients accueillis en urgence, ne sont pas systématiquement informés des délais de leur prise en charge. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins. De façon générale, les informations destinées aux enfants sont adaptées à leur niveau de compréhension ; cependant le document d'information remis en chirurgie pédiatrique ambulatoire n'est pas adapté aux enfants (sauf pour l'anesthésie). Le patient bénéficie de messages et d'actions éducatives lui permettant de devenir acteur de sa prise en charge. Les futurs parents se voient proposer un projet de naissance dès le début de la grossesse. Le patient est invité à désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix ; cette information n'est cependant pas systématiquement tracée dans le dossier. En prévision de sa sortie, le patient est informé

des consignes de suivi pour sa prise en charge ainsi que, le cas échéant, des dispositifs médicaux qui lui ont été implantés. Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés sur le site de Bitche ; cette information n'est cependant pas systématiquement délivrée aux patients du site de Sarreguemines. En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge. En hospitalisation à domicile (HAD), le patient sait qui contacter à tout moment. Le patient a généralement la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Le droit de rédiger des directives anticipées figure dans le livret d'accueil ; cette information n'est cependant pas relayée par les professionnels et peu de patients connaissent cette démarche.. L'existence et le rôle des représentants des usagers ne sont généralement pas connus des patients. Durant le séjour, le patient n'est que ponctuellement informé de la possibilité de formuler une réclamation ou de déclarer un événement indésirable. Le patient bénéficie très largement du respect de son intimité et de sa dignité. Il a cependant été observé, ponctuellement, des équipements et des pratiques de contention qui n'étaient pas conformes à la dignité du patient ; des équipements adaptés ont été commandés par l'établissement pendant la visite. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté à sa sécurité et à sa protection ; toutefois, les professionnels de la chirurgie ambulatoire adulte, qui accueille également des enfants, ne sont pas systématiquement formés à la prise en charge de ceux-ci. Le patient vivant avec un handicap ainsi que le patient âgé bénéficient du maintien de leur autonomie tout au long du séjour. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant ; il a cependant été observé ponctuellement des pratiques risquant de compromettre la confidentialité : la salle de soins de cardiologie reste ouverte pour entendre les reports d'alarme ; la feuille de surveillance de réanimation reste dans un tiroir non sécurisé dans chaque chambre (ce dernier point a été corrigé pendant la visite). Le recours initial à la contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale ; la réévaluation et la levée de la contention ne sont toutefois pas systématiquement motivées ni prescrites. Le patient reçoit une aide adaptée pour répondre à ses besoins élémentaires. L'évaluation, la prévention et le soulagement de la douleur sont systématiquement effectués ; toutefois, les prescriptions conditionnelles d'antalgiques (« si besoin ») ne sont pas toujours assorties d'un niveau de douleur ou liées à un protocole et leur traçabilité n'est pas systématique. Les proches et aidants du patient sont impliqués dans la mise en œuvre du projet de soins, notamment en HAD. Leur présence est facilitée, même en-dehors des heures de visite, notamment en pédiatrie, réanimation, maternité ainsi qu'en soins palliatifs. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement adapté. Les besoins du patient vivant avec un handicap sont pris en compte dans son projet de soins. En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte pour la préparation de la sortie. Un recueil systématique et pluriprofessionnel des données est effectué à l'entrée et révisé régulièrement pour le projet de vie du patient.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



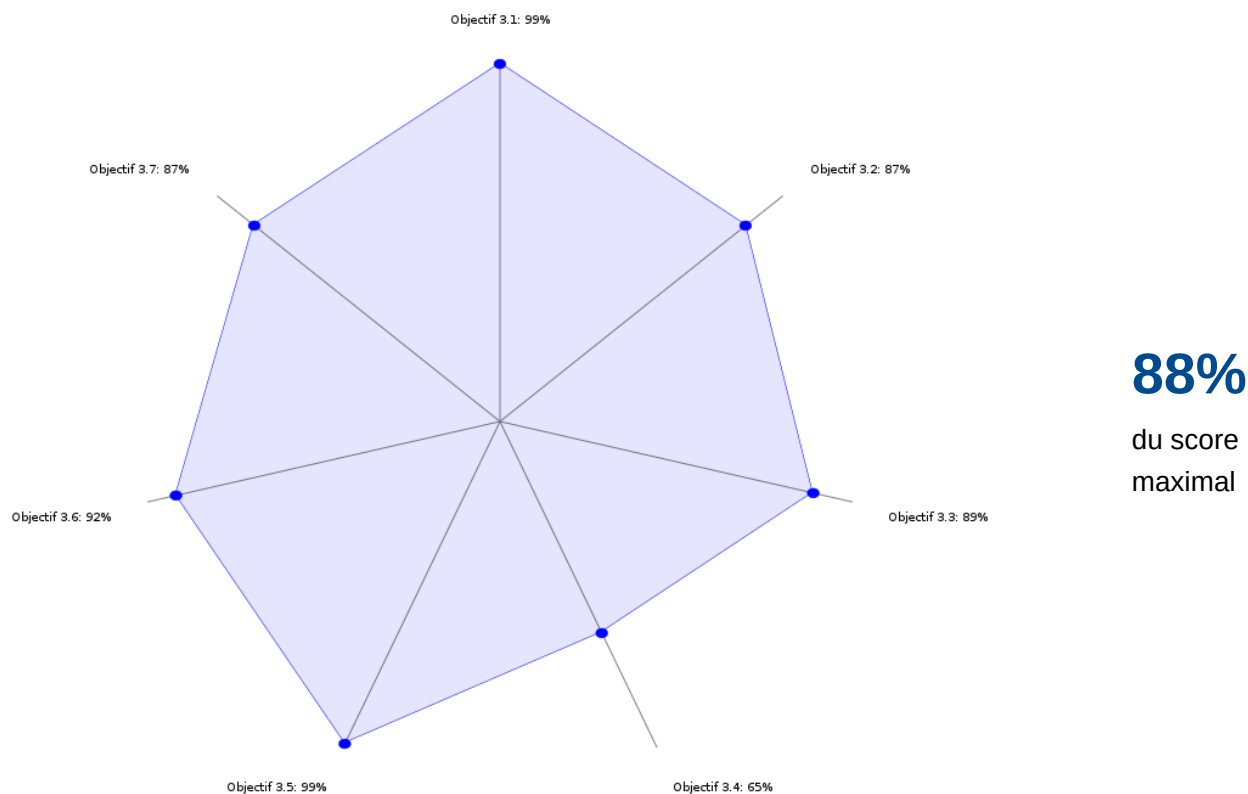
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	90%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	88%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	82%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes ; toutefois, pour les prises en charge complexes, il n'y a pas de concertation pluridisciplinaire systématique. La pertinence de l'orientation du patient par le SMUR est argumentée avec l'équipe d'aval. La pertinence de l'admission et du séjour en soins médicaux de réadaptation (SMR) est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe. En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dès l'admission du patient. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et les prescripteurs ont accès à un référent antibiothérapie dans l'établissement ; toutefois, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24 ème et la 72 ème heure n'est pas systématique. L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion ; la pertinence des actes transfusionnels n'est cependant pas réalisée régulièrement. Chaque appelant au SAMU bénéficie d'une

régulation médicale et, le cas échéant, l'intervention du SMUR de Sarreguemines et de l'antenne de Bitche. Le dossier médical préhospitalier du SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient ; on note toutefois l'absence d'analyse régulière des dossiers par l'équipe pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge. Les délais d'attente ne sont cependant pas communiqués au patient ; l'établissement a acté cet écart et entrepris, lors de la visite, la mise en place d'un dispositif d'information qui n'a pas pu être validé à ce stade. Les équipes se coordonnent généralement pour la mise en œuvre du projet de soins, tout particulièrement dans le programme de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ou encore en oncologie ; toutefois, dans certains secteurs, le projet de soins personnalisé construit avec le patient n'est pas systématique et laisse la place à des macro-cibles d'entrée. L'établissement a entrepris la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux pour les situations les plus à risque. Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée, faute de disponibilité. Les équipes de soins peuvent faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise en intra-hospitalier (notamment pour l'hygiène, la douleur, l'antibiothérapie, les soins palliatifs ou la psychiatrie) ; toutefois, la diététicienne intervenant au SMR de Bitche n'est pas remplacée en cas d'absence et il n'existe pas d'accès à un ergothérapeute. Par ailleurs, les modalités de recours à la télésanté sont peu formalisées. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent, notamment en cas de reprogrammation et tiennent compte de la priorisation des urgences ; les équipes ne procèdent cependant pas à une analyse des écarts de programmation afin de mettre en place des actions d'amélioration. Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent les informations relatives au patient ; toutefois, la qualité des informations transmises ne fait pas l'objet d'une analyse régulière. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « sécurité du patient » est utilisée de manière exhaustive et en présence des personnes concernées ; la pérennisation de cet engagement est conditionnée par une appropriation par l'ensemble des professionnels concernés. Les professionnels intervenant à domicile partagent les informations nécessaires à la prise en charge du patient et la capacité d'intervention soignante est assurée 24h/24. En phase de transition adolescent-adulte, les équipes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient. Le carnet de santé de l'enfant et le cas échéant le dossier médical de Mon espace santé (DMP) sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins. Une démarche palliative pluridisciplinaire est mise en œuvre pour les patients en fin de vie ; toutefois il n'existe pas de réunion de concertation pluriprofessionnelle et la coordination se fait directement entre l'équipe et l'EMSP ; il n'existe pas, par ailleurs, de démarche palliative en salle de naissance ; l'établissement a entrepris l'activation immédiate de la procédure adéquate dès signalement de ce point. Une lettre de liaison est élaborée pour permettre la continuité du parcours de soins ; cette lettre n'est cependant pas systématiquement remise le jour de la sortie comme l'illustre l'IQSS correspondant qui est à 33 % ; par ailleurs, les prescriptions par anticipation dans le cadre de la chirurgie ambulatoire sont données au moment de la sortie et non pas avant l'hospitalisation afin de permettre au patient de s'organiser au mieux ; enfin, il n'existe pas de lettre de liaison médicale à la sortie d'incarcération à l'USMP de Sarreguemines. Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires. Les professionnels respectent en grande partie les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments ; toutefois le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement présent dans la lettre de liaison lors de transferts entre deux services. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments dans les secteurs d'hospitalisation ainsi que la sécurisation du circuit des produits de santé en HAD. L'utilisation des médicaments à risque est maîtrisée par les soignants (bonnes pratiques, listes adaptées) ; le stockage des médicaments thermosensibles dans des réfrigérateurs le plus souvent non verrouillés ne respecte cependant pas les règles de sécurisation ; dès signalement de cet écart, l'établissement a immédiatement doté tous les réfrigérateurs contenant des médicaments à risque de dispositifs de verrouillage. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les équipes sont sensibles au risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable ; le bilan thérapeutique n'est cependant pas systématiquement tracé dans le dossier du patient à sa sortie. Les prescriptions de

produits sanguins labiles sont tracées et le taux de destruction est mesuré ; toutes les équipes ne maîtrisent cependant pas les protocoles de prise en charge des complications transfusionnelles (procédure par ailleurs obsolète car non mise à jour depuis 2015). Les équipes soignantes maîtrisent le risque infectieux en appliquant généralement les bonnes pratiques d'hygiène des mains ; toutefois l'usage des SHA n'est pas systématique et l'importance de l'hygiène des mains n'est pas expliquée au patient ; d'autre part certains professionnels médicaux n'appliquent pas les pré-requis adaptés (présence de montres et d'alliances, manches longues). Les équipes maîtrisent le risque infectieux relatif aux précautions standard et complémentaires ainsi que les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs (déploiement d'une EPP complète sur ce thème). Le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs est maîtrisé. Les professionnels appliquent les bonnes pratiques de prévention des infections liées à la pose de dispositifs invasifs ; toutefois, la surveillance après pose n'est pas systématiquement assurée ni tracée. Les équipes des secteurs interventionnels respectent généralement les bonnes pratiques per-opératoires ; toutefois, les brancardiers circulent en tenue non dédiée dans les zones protégées (SSPI, zone d'accueil du bloc) et il a été observé la présence de chirurgiens en tenue de bloc en-dehors de ce secteur. Certaines équipes sont attentives aux mesures de réduction de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation ; toutefois, l'évaluation des risques et les actions de prévention à destination des personnes très âgées ne sont pas généralisées (par exemple absence d'échelle de Braden pour une patiente de 90 ans souffrant de plusieurs fractures). L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées et en facilite l'accès aux professionnels ; toutefois, les taux de couverture sont très bas pour l'ensemble des services et les cadres ne connaissent que rarement les taux de leur unité. Les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants sont connus des équipes ; celles-ci n'informent cependant quasiment jamais les patients des doses qu'ils ont reçues et on observe l'absence du port systématique du dosimètre au bloc opératoire ; par ailleurs, les examens radiologiques par amplificateur de brillance sont réalisés au bloc opératoire par du personnel infirmier. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est systématiquement validée par un médecin ; en chirurgie pédiatrique ambulatoire, les IDE ne sont cependant pas formées pour la sortie sur la base du score. Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé. Les équipes présentent rarement des démarches d'évaluation des résultats cliniques de leurs patients sur une prise en charge pour laquelle elles auraient identifié un potentiel d'amélioration. Elles mènent par ailleurs peu d'actions d'amélioration de leurs pratiques en se fondant sur l'expérience de leurs patients ; Il est à noter cependant la mise en place d'un questionnaire de satisfaction spécifique pour la réanimation, aux urgences pédiatriques, au bloc opératoire et en HAD . Les équipes connaissent le plus souvent leurs résultats d'indicateurs qualité et sécurité des soins ; cependant elles ne mettent en place que peu d'actions d'amélioration fondées sur ces indicateurs. Elles déclarent les événements indésirables associés aux soins et en font l'analyse ; cependant les actions d'amélioration ne sont pas systématiques et les médecins ne connaissent généralement pas le dispositif d'accréditation qui leur est destiné. Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients (évolution des pratiques, amélioration du matériel, mise en œuvre de la RAAC). Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats de laboratoire sont mises en place. Les conditions de réalisation des examens d'imagerie sont conformes aux attentes des prescripteurs ; les imageurs ne participent cependant pas systématiquement aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les cas difficiles ; dans certaines spécialités, ils répondent aux sollicitations des spécialistes avant les RCP. Les activités de prélèvement de tissus sont organisées et ont repris depuis peu ; de ce fait les équipes ne sont pas encore engagées dans le programme d'accréditation JACIE et ne mettent pas en place de plans d'actions d'amélioration.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	89%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	65%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	99%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	92%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	87%

L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours en développant notamment une politique « d'aller-vers » à destination des structures médico-sociales. Il participe à la coordination des parcours, notamment dans le GHT dont il est l'établissement support et dans les CPTS en cours de développement. Pour les admissions en urgence dans des unités spécialisées, il existe des modalités de prise en charge rapide

(pédiatrie, gynécologie, personne âgée) et l'établissement contribue à prévenir les passages évitables par les urgences générales pour les personnes âgées. Bien que non investi de missions universitaires, l'établissement promeut la recherche clinique. L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec e-satis et un questionnaire de satisfaction et en exploite les résultats ; toutefois, il n'existe pas de questionnaires spécifiques sur l'expérience patient ou sur le résultat de leur santé. L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ; il n'évalue cependant pas le point de vue du patient sur les pratiques de communication ; par ailleurs, l'identification des professionnels par catégorie n'est pas facilitée pour le patient (tenues identiques pour tout le personnel, sauf les sages-femmes, avec des badges d'identification difficilement lisibles ; pas d'identification des professionnels du bloc tous en tenue verte). L'établissement veille à la bientraitance et lutte contre la maltraitance en son sein. Il participe au repérage des maltraitances subies par les patients avant leur prise en charge ; toutefois, il n'y a pas d'évaluation annuelle de l'effectivité de ce repérage ni de bilan annuel des cas recensés. L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap est assurée. L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé. L'établissement permet l'accès aux innovations médicales pour ses patients grâce à des partenariats avec les CHU de sa région (Nancy, Strasbourg). Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances ; ils ne participent cependant pas à des actions de sensibilisation auprès des patients et ne contribuent que très partiellement à la définition de la politique d'accueil. La gouvernance a défini les orientations prioritaires de la politique qualité et sécurité des soins (projet qualité, PAQSS) ; cependant les professionnels ne pas toujours en mesure de citer des actions du plan d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins (enquête culture sécurité, activités dédiées) ; certains professionnels n'ont cependant pas été évalués sur leur culture sécurité des soins. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge (existence de modalités de remplacement, recours à l'intérim, fermetures de lits). Les responsables d'équipe bénéficient de formations en management et de soutien dans l'exercice de leur fonction d'encadrement ; toutefois, l'ensemble des managers (y compris non soignants) ne partagent pas de façon régulière et structurée leur expérience. La gouvernance soutient le travail en équipe (par exemple démarche de simulation de l'HPPI associant les sages-femmes, le bloc et l'anesthésie) et la synchronisation des temps médicaux et para-médicaux est assurée ; toutefois il n'existe pas d'actions de sensibilisation structurée au travail en équipe pour les professionnels. Les connaissances et compétences individuelles sont régulièrement évaluées et des actions de formation sont mises en place ; il n'existe toutefois pas de programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences au niveau des équipes. Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés ; la démarche éthique n'est cependant pas structurée au niveau de l'établissement : absence d'état des lieux, de cadre opérationnel, d'association des représentants des usagers et de ressources identifiées pour la prise en compte des problématiques éthiques. La gouvernance déploie une politique de qualité de vie au travail ; il existe un projet social construit avec les partenaires sociaux sur la base d'un questionnaire de satisfaction du personnel et un dispositif d'écoute pour un soutien psychologique est accessible. Des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits sont en place. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée (plan blanc, cellule de crise opérationnelle) ; toutefois l'établissement ne réalise pas d'exercice de déclenchement d'un plan d'urgence au moins une fois par an. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée : existence d'un PSE, sécurisation des accès protégés ; le plus souvent le patient ne connaît cependant pas les solutions de sécurisation de ses objets personnels. Les risques environnements sont maîtrisés. Une démarche de développement durable a été mise en place : désignation d'un référent, définition d'une politique ; toutefois l'établissement n'a pas mis en œuvre de plan d'action structuré pour la sensibilisation sur la protection de l'environnement auprès des professionnels et des patients. La prise en charge opérationnelle des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement (professionnels formés, matériels accessibles, numéro unique d'appel) ; toutefois les équipes ne réalisent pas d'exercices de mise en situation sauf aux urgences et en maternité) et il n'existe pas d'évaluation complète du dispositif de prise en charge des urgences vitales pour

en valider l'efficacité. L'établissement mobilise ses équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques ; l'adaptation des procédures en vigueur au sein des unités fait cependant rarement l'objet d'un travail en équipe. Le programme d'amélioration de la qualité (PAQSS) prend en compte, le cas échéant, l'expérience du patient ; les équipes ne connaissent cependant ni les actions issues des retours de la satisfaction des patients ni les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. L'établissement recueille et exploite les indicateurs qualité et sécurité des soins et communique les résultats ; tous les professionnels ne connaissent cependant pas les actions d'amélioration basées sur les indicateurs qui les concernent. L'établissement analyse les événements indésirables liés aux soins (EIAS) et les résultats des plans d'action mis en place sont communiqués ; toutefois l'analyse n'est pas systématiquement collective (par exemple un EI potentiellement grave suite à une allergie à la pénicilline n'a pas été traité avec toutes les parties prenantes) ; par ailleurs les professionnels ne connaissent pas les EIAS déclarés dans l'établissement en lien avec leurs secteurs d'activité. L'établissement améliore l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intrahospitalier de qualité (existence d'un dispositif de bed management pour le suivi du besoin journalier en lits d'aval). La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Respecter les bonnes pratiques d'utilisation de contention, avec des équipements adaptés dans l'ensemble des unités ; Sécuriser le circuit des médicaments à risque, y compris les thermosensibles ; Mettre en place des exercices de mises en situation sur les urgences vitales ; Développer des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences ; Structurer la réflexion éthique.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	570000158	CH DE SARREGUEMINES - HOPITAL ROBERT PAX	2 rue René-François JOLLY 57211 SARREGUEMINES FRANCE
Établissement principal	570000901	CENTRE HOSPITALIER ROBERT PAX	2 rue rené-françois jolly Bp 90619 57211 SARREGUEMINES FRANCE
Établissement géographique	570000661	HOPITAL SAINT JOSEPH DE BITCHE	1 a rue de lebach 57233 Bitche FRANCE
Établissement géographique	570015784	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DE L'HOPITAL DE BITCHE	1 a rue de lebach 57233 Bitche FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Oui
Autorisation de SMR 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	Oui
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)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
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	Non
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	3,737
Nombre de passages aux urgences générales	40,962
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	177
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	56
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	17
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	18
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	29
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	3,577
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	16
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	4
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	5
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	8
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	1
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	35

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			SMUR
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Médecine	

14	traceur		Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Audit système			
19	Audit système			
20	Audit système			
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire	

21			Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Traceur ciblé			EI GRAVE OU CRITIQUE SELON LISTE FOURNIE PAR L'ES
27	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

31	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
36	Traceur ciblé			EI GRAVE OU CRITIQUE SELON LISTE FOURNIE PAR L'ES

37	Traceur ciblé			PSC
38	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
40	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

42	traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
43	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
44	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
45	Traceur ciblé			PSL
46	Traceur ciblé			PSL
47	Audit système			
48	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
49	Traceur ciblé			DMI
50	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
51	Traceur ciblé			PSC
52	Traceur ciblé			ANTIBIOPROPHYLAXIE ET PER OP
	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète	

53			Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
54	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
56	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
58	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable - chimiothérapie
	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète	

59			Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
60	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
61	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Audit système			
63	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte	

65			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
66	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
67	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
68	Parcours traceur		Médecine Soins de longue durée Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Tout l'établissement	
69	Audit système			
70	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

71	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
72	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
73	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
74	Audit système			
75	Traceur ciblé			PSC
76	Audit système			
77	Audit système			
78	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Hospitalisation complète Adulte Patient âgé	

			Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
79	Audit système			
80	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
81	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

