



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL DE  
LA LAUTER**

24 route de Weiler  
BP 20003  
67166 Wissembourg



Validé par la HAS en Octobre 2024

---

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Octobre 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	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 2024	27
Annexe 3. Programme de visite	28

# 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 INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	
Adresse	24 route de Weiler BP 20003 67166 Wissembourg CEDEX 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	670780543	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	24 ROUTE DE WEILER BP 20003 67166 WISSEMBOURG CEDEX FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

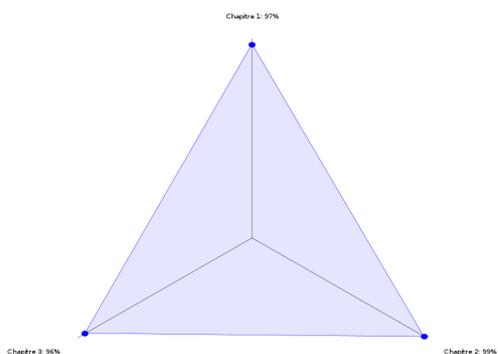
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation 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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

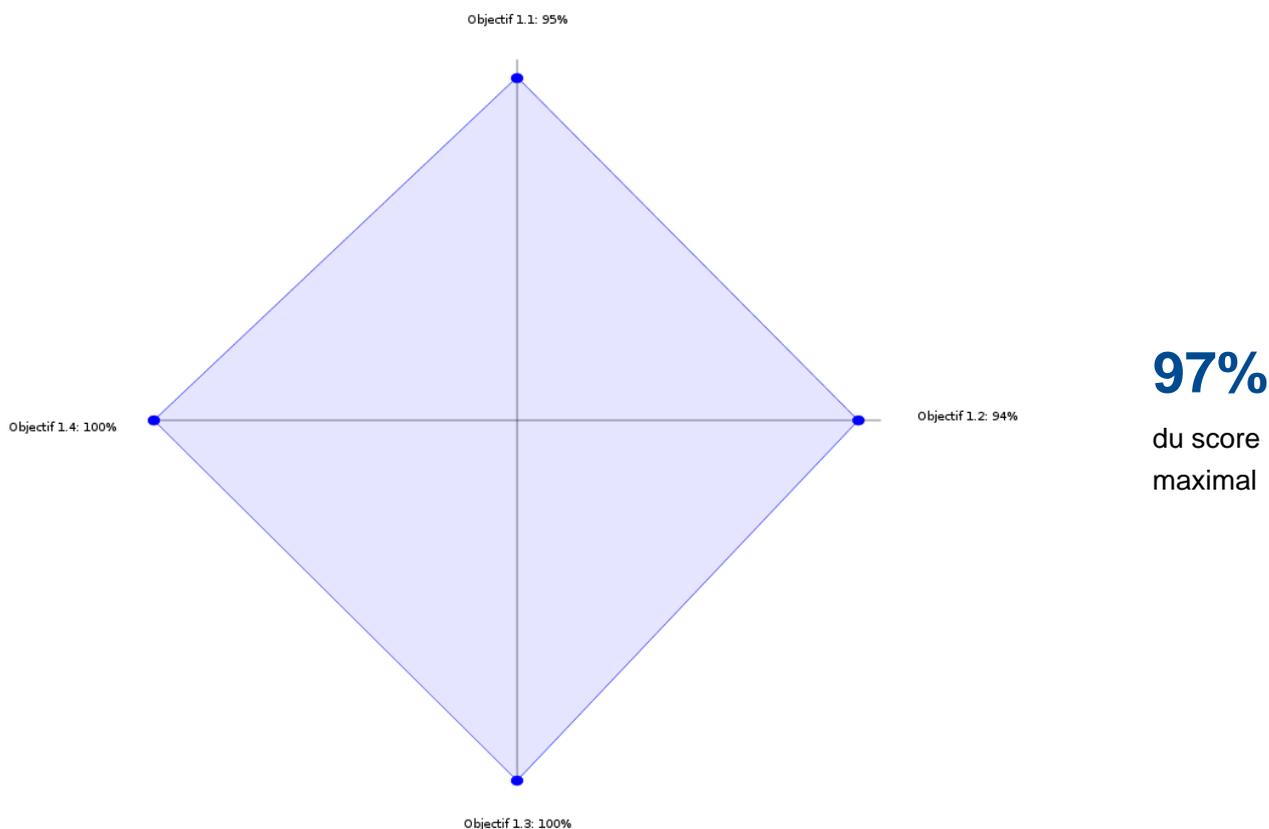
Au regard du profil de l'établissement, **119** critères lui sont applicables

# 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.	95%
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	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%

Les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont délivrés tout au long du séjour de l'admission à la sortie. Les dispositifs d'information écrits sont spécifiques selon la nature de la spécialité médicale et remis au patient selon ses besoins (flyers pour la maternité, chirurgie conventionnelle et ambulatoire, soins médicaux et de réadaptation ...) ce qui permet d'expliquer les modalités de prise en charge. Le livret d'accueil de l'établissement revêt l'ensemble des informations relatives à l'admission, au séjour et aux droits des patients. Les informations institutionnelles sont communiquées au patient au niveau des télévisions de chambre ou salles d'attente. Dans la totalité des services, il a été retrouvé un affichage relatif à la charte de la personne hospitalisée, la charte Romain Jacob, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, la charte de la laïcité dans les services publics, la charte de l'enfant hospitalisé et la charte

bienveillance. Les patients sont invités à exprimer leur consentement libre et éclairé et sont impliqués dans la réflexion bénéfices/risques tant pour les décisions thérapeutiques que pour les prescriptions et ce, quel que soit le mode de prise en charge. En fonction de l'état cognitif du patient, la communication est adaptée afin de recueillir le consentement. En matière de prévention, le patient reçoit des professionnels des informations en santé publique en fonction de sa prise en charge (Vivre mieux avec moins d'alcool, tabagisme, addictions et violences intrafamiliales...). Lors d'une admission en urgence, les patients rencontrés sont informés des délais de prise en charge. L'expression de l'avis de l'enfant quant à son projet de soins est recherchée. En maternité, un projet de naissance peut être formalisé avec les futurs parents. En secteur gériatrique, la traçabilité de délivrance d'informations sur les principaux facteurs de risque du patient a été retrouvée dans les dossiers patients investigués. L'implication du patient et de ses proches est recherchée au décours de sa prise en charge. Le patient est informé quant à la possibilité de désigner une personne de confiance et une personne à prévenir au travers du livret d'accueil. Le recueil effectif de la personne à prévenir est réalisé au bureau des admissions ou aux admissions des urgences. L'équipe de soins accompagne le patient lors d'une volonté de désigner la personne de confiance. Les patients sont informés des produits sanguins labiles qui leur sont administrés et des dispositifs médicaux qui leur sont implantés. L'information quant à la formulation des directives anticipées est réalisée au travers du livret d'accueil et d'un affichage spécifique sur les directives anticipées et la personne de confiance déployé dans l'ensemble des services de soins. Le patient est également informé de la possibilité de formuler des directives anticipées lors des consultations préhospitalières de chirurgie et de maternité. Lors de l'admission, un livret spécifique est transmis au patient avec un passage notamment de l'IDE soins palliatifs en Soins médicaux et de réadaptation sur le versant des lits identifiés de soins palliatifs afin d'apporter toutes les explications. En cas de formulation, celles-ci sont intégrées dans le dossier en version papier. Malgré cette délivrance d'informations, certains patients ne se sont pas appropriés la possibilité de formuler leurs directives anticipées. Les prises en charge palliatives sont accessibles au patient avec une intervention de l'Equipe mobile soins palliatifs (EMSP) du Centre Hospitalier de Haguenau ou l'EMSP gériatrique du Centre Hospitalier intercommunal de Bischwiller. Les informations sur les représentants des usagers et associations de bénévoles sont contenues dans le livret d'accueil de l'établissement avec un affichage de leurs coordonnées dans chaque chambre. Les patients sont sollicités afin d'exprimer leur satisfaction en fin de séjour avec une information dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement. Les professionnels de soins délivrent également une information aux patients sur la possibilité d'exprimer leur satisfaction en fin de séjour, lors de la préparation de la sortie. Au-delà du questionnaire E-satis, un questionnaire de satisfaction version papier est à disposition dans la chambre avec une collecte par des urnes présentes dans chaque service de soins. Ce questionnaire peut également être téléchargé sur le site internet de l'établissement afin d'être complété par les patients à leur domicile ultérieurement et être renvoyé à l'établissement. Le livret d'accueil remis à l'admission comporte les informations relatives à la possibilité d'effectuer des réclamations ou plaintes ou de déclarer des événements indésirables associés aux soins. Ces informations sont également mises à disposition des usagers sur le site internet de l'établissement. En cas d'insatisfaction, les professionnels de soins délivrent également une information quant aux modalités de signalement de tout mécontentement. Un affichage unique, « le parcours patient », reprenant les informations concernant les modalités de contact des représentants des usagers, les modalités d'expression de la satisfaction, les modalités d'accès au dossier médical et les modalités de signalement d'une réclamation ou d'un événement indésirable est affiché aux entrées de l'établissement, dans chaque service ainsi que l'ensemble des chambres patient. Ces informations sont également diffusées sur les téléviseurs des zones d'attente de l'accueil principal, du service d'accueil des Urgences et du service d'Imagerie médicale. Toutefois, les patients ne se sont pas tous appropriés ces informations. Le patient est informé au travers du livret d'accueil et du site internet de l'établissement de l'alimentation de son Espace santé. En outre, une communication par des flyers dans l'ensemble des services de soins et au bureau des Admissions, ainsi que des vidéos dans les salles d'attente quant aux modalités d'accès et d'usage de mon Espace Santé est réalisée. Une information sur les modalités d'accès est également délivrée sur le site internet de l'établissement et rappelée par l'affiche « le

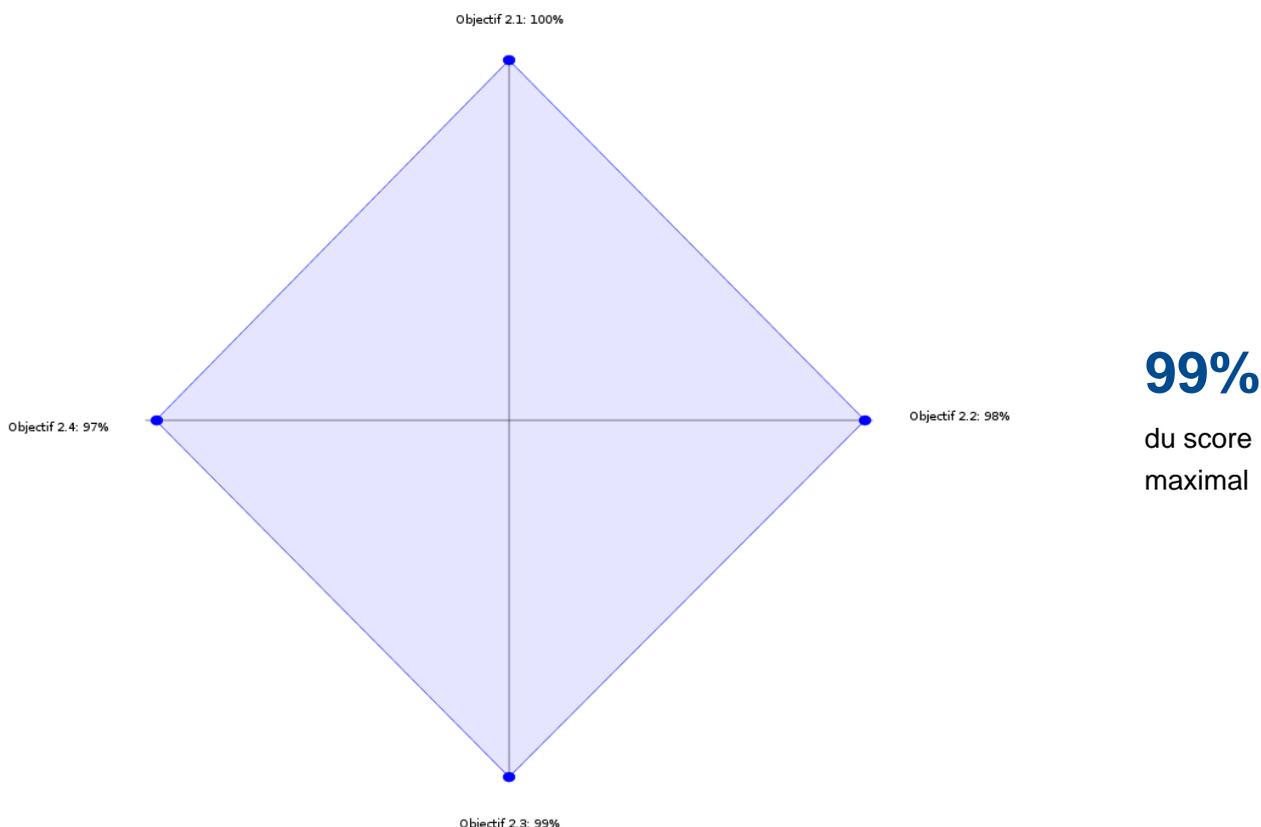
parcours patient » présente dans l'ensemble des services de soins et chaque chambre patient. Toutefois, certains patients ne se sont pas appropriés ces informations. Pour les prises en charge programmées, le patient reçoit les informations relatives à son hospitalisation en amont de celle-ci (passeport ambulatoire notamment). En matière d'informations du patient, particulièrement sur le DMP et son alimentation, l'établissement délivre des informations via le livret d'accueil, des flyers mis à disposition mais également via des vidéos diffusées dans les salles d'attente. Le choix du patient quant à l'utilisation du DMP est tracé dans le dossier patient informatisé.

Dans l'ensemble des secteurs, les patients mentionnent que les conditions d'accueil et les pratiques garantissent la dignité et l'intimité pour tout acte ou déplacement. Les conditions architecturales notamment pour les chambres à deux lits ou au sein du service des urgences impliquent le recours à des rideaux séparateurs afin de préserver l'intimité des patients. Les pratiques professionnelles garantissent le respect de l'intimité avec une fermeture des portes de chambres dans les différents secteurs d'activité. L'architecture bâtiminaire des secteurs de soins intégrant une douche unique par service ne favorise pas le respect de la dignité des patients accueillis. Les professionnels y sont attentifs afin de la préserver lors des déplacements de patients non valides. Le maintien ou la restauration de l'autonomie du patient, particulièrement du sujet âgé, sont réalisées tout au long du séjour. Dès l'admission, une évaluation quant au degré d'autonomie est réalisée par les rééducateurs. Cependant, certains patients porteurs d'un handicap n'ont pas mentionné le maintien de leur autonomie durant le séjour. Les règles de confidentialité sont respectées dans les services de soins. La prise en compte des besoins élémentaires des patients est effective et est réalisée lors de l'admission. La contention physique ne fait pas systématiquement l'objet d'une prescription reprenant notamment les points de contention, la nature de la contention, sa durée et les modalités de surveillance dans tous les services. La pertinence du maintien de la contention de manière collégiale ne fait également pas l'objet d'une traçabilité systématisée, hormis en SMR (Soins médicaux et de réadaptation) et USC (Unité de surveillance continue). L'établissement a formalisé une procédure de contention physique et a pour projet de déployer la traçabilité de prescription initiale et de réévaluation de manière harmonisée dans le dossier patient informatisé dans les différents secteurs d'activité. Un audit portant sur les pratiques de contention est également en cours. La prise en charge de la douleur fait l'objet d'évaluations selon les échelles adaptées et des réévaluations sont tracées dans le dossier patient avec des protocoles de prise en charge formalisés. La prise en compte des besoins élémentaires des patients est effective.

La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite mais aussi par la possibilité d'accompagnement lors de la prise en charge (en maternité, le futur papa peut être présent au bloc lors de la césarienne). L'implication est favorisée lors du séjour avec une association de l'entourage familial au projet personnalisé de soins et en amont du projet de sortie. En SMR, une visite du domicile peut être organisée par l'ergothérapeute et l'assistante sociale mais aussi par le médecin gériatre afin d'évaluer les conditions de retour au domicile. En maternité, l'association des proches peut se concrétiser au-delà de la prise en charge par un suivi de deuil périnatal en lien avec le CHU Strasbourg.

Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte. Les patients en situation de précarité sociale ont la possibilité d'accéder au service social tout au long de leur hospitalisation. Les assistantes de service social sont intégrées dans les staffs pluridisciplinaires, afin de repérer de façon précoce la nécessité de recours social pour les patients. La coordination sociale est effective pour le patient âgé notamment avec l'unité mobile de gériatrie portée par le CH Haguenau. En unité de Soins palliatifs, l'association JALMALV accompagne les patients en fin de vie. La préparation de la sortie est anticipée par l'équipe de soins pour prendre en compte les conditions de vie habituelles et anticiper quant aux besoins en matériels et de soins. Les ergothérapeutes anticipent les besoins en matériel au domicile. Les besoins et préférences spécifiques des personnes sont pris en compte et sont intégrés dans le projet thérapeutique.

## 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	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

Pour l'ensemble des professionnels, la recherche de la pertinence des actes, des parcours et des prescriptions est un objectif commun poursuivi lors des temps de concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire mais également en interservices (lors de transferts internes). Pour les Soins médicaux et de Réadaptation (SMR), les demandes d'admission font l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle par le corps médical et le cadre de santé. En maternité, une évaluation des césariennes programmées et suivies est menée. En chirurgie prothétique, les prises en charge en Rééducation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) sont développées en tenant compte des critères d'éligibilité. Des staffs médicaux entre les secteurs de médecine polyvalente, SMR, court séjour et USC sont organisés chaque matin afin de statuer sur les pertinences de séjour. Pour les séjours pédiatriques en chirurgie, un recours à un pédiatre peut se faire avec le CH Haguenau.

La collaboration avec l'HAD (Hospitalisation à domicile) est réalisée lorsque cela est envisageable notamment en SMR. L'orientation du patient lors d'une intervention SMUR est argumentée. Toute prescription d'une antibiothérapie répond à une justification tracée dans le dossier patient. La réévaluation de la pertinence d'une prescription d'antibiotiques est réalisée avec un système d'alerte dans le dossier patient. Une EPP (Evaluation des pratiques professionnelles) portant sur la pertinence de 3 antibiotiques un jour donné a été menée en 2019. Les praticiens prescripteurs peuvent également s'appuyer sur la biologiste, référente locale ainsi que sur le guide numérique de traitement des maladies infectieuses issu du Collège des universitaires des maladies infectieuses et tropicales (e POPI). Une sollicitation de l'infectiologue par télé-expertise du CHU Strasbourg est également possible. Une diffusion des nouvelles recommandations de bonnes pratiques est réalisée par la référente locale. Les praticiens prescripteurs ont été formés par des Webinaires sur l'antibiothérapie. En cas de transfusion de produits sanguins, l'analyse bénéfice-risque est réalisée pour tout acte et fait l'objet d'évaluation de la pertinence des pratiques.

Le dossier informatique du patient pris en charge par la Structure Mobile d'Urgence et Réanimation (SMUR) comporte les éléments nécessaires avec identification des intervenants permettant une interface avec le dossier patient intra-établissement. A son arrivée, le patient bénéficie d'une analyse de gravité selon une échelle de tri. L'IAO (IDE d'accueil et d'orientation) informe régulièrement le patient quant à son temps d'attente. Les disponibilités en lits des secteurs d'activité sont communiquées chaque matin par outil Excel et 1 autre point journalier est réalisé avec l'encadrement (celui-ci est porté à 2 en USC). En fin de journée, un état des lieux des patients aux urgences est réalisé. Les dossiers antérieurs des patients sont accessibles par voie informatique. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient, de manière pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle. L'ensemble des professionnels de santé concourant à la prise en charge partagent en temps réel le dossier patient en version informatique ou papier (rééducateurs, assistants de service social, diététiciens...) avec des droits d'accès identifiés et une traçabilité effective. Un dossier patient en version papier recouvre les courriers médicaux, actes d'imagerie... En Unité de soins critiques, seule la partie prescriptions est informatisée. En maternité, le dossier de naissance est en version papier. En médecine ambulatoire, le dossier patient est en version papier. Les professionnels bénéficient de formations au dossier patient informatisé. Les professionnels n'ont pas tous accès au DMP puisque l'installation des lecteurs de cartes CPS est en cours. Les documents implémentés ont été validés en CME. En cas d'hébergement inhabituel, les mesures mises en place sont communiquées au patient et une collaboration est mise en place avec l'équipe spécialiste. Dans les services (SMR, court séjour gériatrique, médecine polyvalente) des staffs pluriprofessionnels et pluridisciplinaires hebdomadaires sont organisés permettant une réévaluation du projet des soins comprenant les différents intervenants (rééducateurs, IDE, AS, diététicienne, psychologue...) ou du projet de vie initial. Le recueil des besoins et préférences du patient n'est pas systématiquement tracé. Dans les lits identifiés de soins palliatifs, le recours au médecin référent et IDE soins palliatifs est envisageable ainsi qu'aux équipes mobiles soins palliatifs et à l'association JALMALV. En salle de naissance, toute la prise en charge est organisée et les moyens mis en place dans l'objectif d'éviter la séparation mère-enfant. Ainsi la surveillance post-césarienne est assurée en salle d'accouchement afin de préserver le peau-à-peau. Le recours à des spécialistes est effectif avec la possibilité de faire appel à des expertises par des praticiens du CH Haguenau, CH Bischwiller ou le CHU Strasbourg (EMPSG, EMG, psychiatrie, oncologie, pédiatrie, douleur...). La télé-médecine est développée au sein des urgences par la télé-AVC avec une salle dédiée depuis juin 2023 en partenariat avec le Centre hospitalier Haguenau et le CHU Strasbourg. Au bloc opératoire, les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. Les modalités de déprogrammation sont définies dans la charte du bloc opératoire. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « sécurité du patient » est utilisée de manière efficace. En salle de soins post-interventionnelle (SSPI), le score d'autorisation de sortie est validé selon le protocole avec une validation du chirurgien. Lors d'une prise en charge pédiatrique (urgences ou en chirurgie ambulatoire), les équipes peuvent faire appel à un pédiatre. Les courriers de liaison et de transferts (intitulés lettre de liaison définitive) sont complets, conformes, harmonisés dans tous les secteurs d'activité et sont adressés aux correspondants

via une messagerie sécurisée d'envoi des comptes rendus médicaux. En pédiatrie, tous les éléments sont consignés dans le carnet de santé de l'enfant. En SMR, l'organisation des soins à la sortie et du matériel est coordonnée entre les différents professionnels (ergothérapeute, assistante de service social, médecin qui peuvent se déplacer au domicile pour identifier les équipements nécessaires et rester en contact avec la famille pour valider les installations). Après la sortie, l'équipe mobile de gériatrie peut intervenir au domicile afin de s'assurer de l'état de santé du patient.

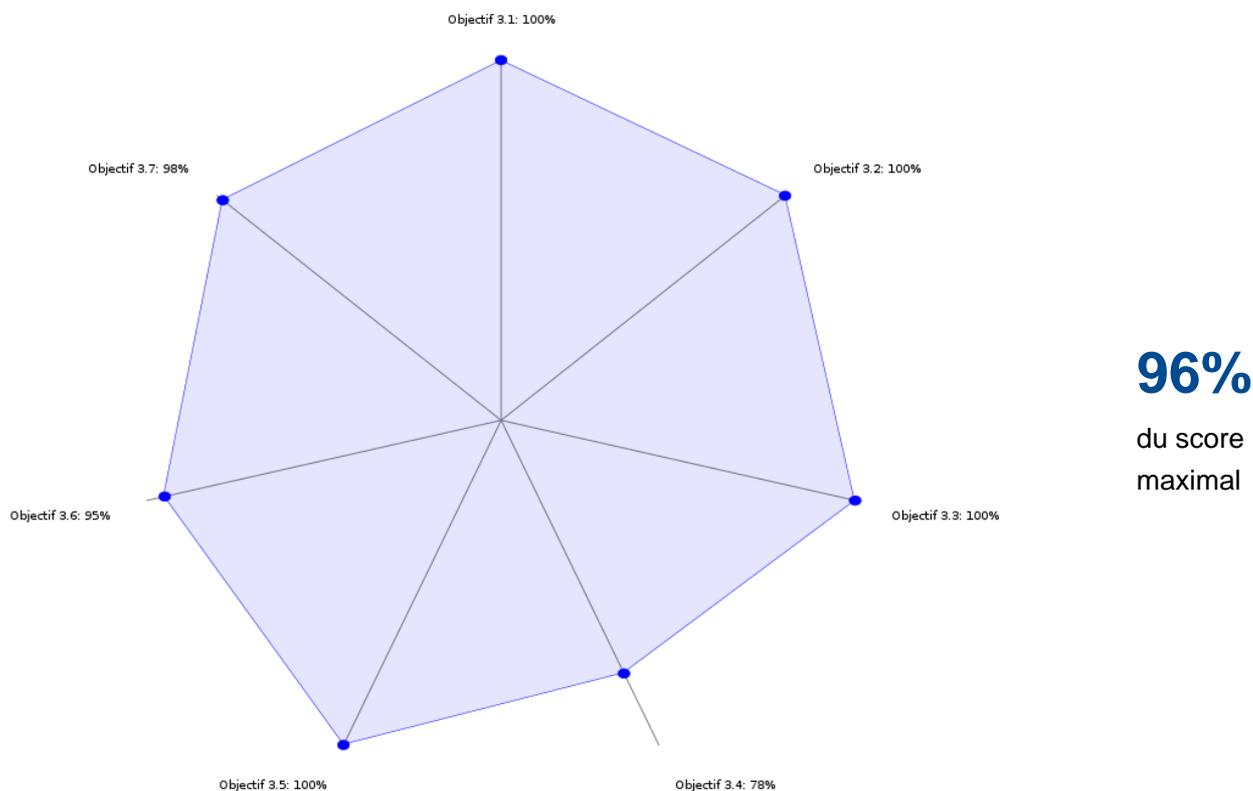
Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont respectées et l'identification du patient avec l'INS qualifié s'effectue systématiquement au bureau des admissions ou aux admissions du service des urgences. Les pratiques d'identitovigilance sont conformes. Cependant, les professionnels n'ont pas systématiquement connaissance de l'INS qualifié justifiant la planification d'actions de formation. Les professionnels connaissent les principes d'identitovigilance à respecter lors des soins et tous les documents du dossier patient sont identifiés. Les bracelets d'identification sont disponibles dans l'unité dès l'admission. L'accueil du patient est réalisé par l'aide-soignante. Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies et connues des équipes avec une identification de référents par typologie de vigilances. La coordination des vigilances avec les structures régionales et nationales est effective (OMEDIT, CPIAS, EFS Grand-Est, groupe régional d'identitovigilance...). En matière de prise en charge pharmaceutique, la dispensation des médicaments assurée par la PUI de l'établissement est sécurisée et adaptée aux besoins du service avec une délivrance hebdomadaire reglobalisée, à l'exception des traitements dit nominatifs (hors livret thérapeutique), complétée par une dotation pour besoins urgents dite armoire de garde scellée et sécurisée. Des audits relatifs aux contenus des armoires de services ont été menés en 2023. Les prescriptions médicamenteuses sont tracées dans le dossier patient informatisé. L'analyse pharmaceutique est réalisée de façon ciblée (antibiothérapie à dispensation contrôlée). Celle-ci ne repose pas sur le dossier pharmaceutique non utilisé. L'administration est tracée. L'identification du médicament pour les produits injectables est conforme aux recommandations avec une vérification entre le produit, le patient et la prescription au moment de l'administration. Le motif de non-administration est tracé dans le dossier-patient. Les professionnels ont été formés à la gestion des médicaments à risques avec des sessions réalisées sur la sécurisation du circuit du médicament (chambre des erreurs) à périodicité mensuelle. Les médicaments à risque sont identifiés avec un logo dans l'unité et les professionnels connaissent les risques spécifiques de chaque médicament. Une liste des médicaments à risque est formalisée et adaptée à chaque secteur d'activité avec une identification de ceux-ci dans le dossier patient informatisé. L'approvisionnement, les conditions de transport sont en conformité avec une absence de produits périmés. Des modalités d'emprunt avec d'autres établissements sont possibles dont le CH Haguenau selon la procédure relative à l'organisation de la permanence pharmaceutique. Le stockage des produits thermosensibles est conforme aux bonnes pratiques avec un système d'alarme au sein de la PUI et un relevé électronique quotidien dans les services de soins. La conciliation médicamenteuse à l'entrée et à la sortie est mise en place pour les patients de plus de 65 ans en médecine. Les explications délivrées au patient vulnérable quant aux modifications de traitement entre l'entrée et la sortie sont effectives et tracées dans le dossier. La traçabilité des transfusions est réalisée. La mesure du taux de destruction est effectuée. Une conduite à tenir en cas d'incident transfusionnel est formalisée. En matière de risque infectieux, l'EOH mène des actions de sensibilisation des professionnels notamment sur les opportunités d'hygiène des mains. Des audits portant sur le sondage urinaire (2022), l'utilisation des collecteurs, la surveillance des cathéters veineux, l'évaluation des connaissances sur les Picc-line, des quick-audits sur la friction hydroalcoolique, surveillance des infections du site opératoire en extraction automatique...sont menés par l'EOH. La journée mondiale d'hygiène des mains est organisée avec un jeu concours pour les professionnels. Des référents en hygiène sont nommés dans les différents services et participent à la dynamique évaluative. Des formations à l'hygiène et au bionettoyage sont dispensés aux ASH. Le suivi mensuel de la consommation de solution hydroalcoolique est mis en place pour tous les secteurs d'activité avec une information trimestrielle dans les services de soins lors des points qualité. Les équipes rencontrées connaissent les consommations de solution hydroalcoolique. Les prérequis liés à l'hygiène sont

appliqués. Un journal trimestriel de l'EOH est diffusé en interne. La mise en place des précautions complémentaires est assurée avec notamment la mise à disposition de chambres dédiées à l'isolement. La prescription médicale a été retrouvée dans les dossiers. En dehors de ces chambres d'isolement, les professionnels disposent d'EPI (équipement de protection individuelle). Les consignes de tri des déchets sont formalisées et respectées. Au bloc opératoire, les circuits sont respectés et les prélèvements microbiologiques sont suivis. L'antibioprophylaxie est conforme aux recommandations, vérifiée dans la check-list et tracée dans le dossier. Concernant l'endoscopie, les locaux ne sont pas spacieux ce qui contraint à positionner la salle de préparation dans le couloir d'entrée du bloc opératoire avec un aménagement permettant d'assurer la sécurité (appel-malade à proximité) et le respect de l'intimité. Afin de renforcer la dignité du patient, l'établissement a apposé un rideau supplémentaire visant à isoler complètement la zone du passage des futurs opérés. Le choix de cet emplacement est lié à la proximité de la SSPI séparé par un vitrage et permettant d'assurer la surveillance du patient. L'équipe d'endoscopie mène une démarche de gestion des risques liée aux actes d'endoscopie : cahier des dysfonctionnements, comité de retour d'expérience avec le CH Haguenau et analyse des événements indésirables associés aux soins. Concernant les dispositifs invasifs, les professionnels disposent de protocoles (sondage urinaire, prélèvements sur sonde...) intégrant une évaluation de la pertinence de leur maintien. Les professionnels évaluent leurs pratiques en matière de pose et surveillance des dispositifs invasifs avec une traçabilité ainsi que leur pertinence et sont formés. Les équipes recherchent et tracent les facteurs de risque de dépendance iatrogène des personnes âgées accueillies, notamment en ce qui concerne la chute, la dénutrition, les effets indésirables des médicaments... Les actions de prévention s'y afférant sont mises en place. Les campagnes de vaccination sont proposées aux professionnels par la direction des ressources humaines, la direction des soins et le service de santé au travail et une accessibilité gratuite à la vaccination grippale et Covid est réalisée par cette dernière. Un travail en amont de sensibilisation et de prévention est réalisé par l'EOH (Equipe opérationnelle d'hygiène). Les responsables d'unité rencontrés connaissent le taux de couverture vaccinale. L'établissement analyse ses résultats de couverture vaccinale afin de déterminer des leviers d'action et a mené un audit en 2018 quant aux freins liés à la vaccination grippale. Un audit sur la vaccination Covid a été fait en 2021. Les actions identifiées ont porté sur l'accessibilité à la vaccination pour les professionnels (équipe mobile de vaccination). Lors de l'utilisation de rayonnements ionisants, les doses reçues par le patient sont tracées dans son dossier. En secteur radiologique et interventionnel, les professionnels portent les équipements de protection et dosimètres laissés à leur disposition. En maternité, les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie post-partum immédiat avec une EPP en cours. En chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie est signée et les professionnels sont formés au score de Chung. Les professionnels chargés du transport des patients (IDE, AS et ASH selon le secteur d'activité) respectent les règles de sécurité et de confort du patient, sont soucieux du respect de la dignité du patient et sont formés au transport, à l'AFGSU et à l'hygiène. Les patients rencontrés ont mentionné être au courant des délais de transport.

L'analyse des résultats cliniques a été engagée chez les professionnels avec une dynamique évaluative (participation active des équipes aux audits, évaluations des pratiques professionnelles en lien avec les référents par thématique) permettant d'identifier à ce stade des plans d'actions par secteur d'activité afin d'en évaluer leurs effets. Des évaluations sont en cours portant sur le bionettoyage, la contention, prise en charge des bactériémies... Les équipes contribuent au recueil et à l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience patient selon un questionnaire interne en version papier et sont informés des résultats trimestriellement. Les représentants des usagers participent au recueil de l'expérience et ont d'ailleurs été partie prenante quant à l'amélioration des retours de celui-ci en proposant la mise en place d'urnes transparentes dans les services de soins. Les plaintes et réclamations font l'objet d'une procédure de recueil, suivi et traitement avec une association des RU. Les indicateurs qualité et sécurité des soins en recueil obligatoire 2023 ont été diffusés auprès des professionnels par secteur d'activité permettant une revue régulière de ces derniers ainsi qu'un plan d'actions. Le circuit de déclaration, traitement et analyse des événements indésirables est formalisé et opérationnel. En effet, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) font l'objet d'une déclaration en

version informatisée disponible dans les unités de soins. Le responsable qualité réceptionne les EI, en fait une préanalyse, transmet un accusé de réception au déclarant et l'oriente vers le responsable en fonction de la thématique ou les cadres des services de soins concernés. L'analyse des EI se fait par les référents qualité en lien avec les professionnels. Le retour aux équipes des EI est effectué par les référents qualité et le responsable qualité. Un tableau de synthèse des EI est diffusé par service de soins. Un dispositif d'incitation à la déclaration est effectif. Dans le cadre d'évènements indésirables graves ou récurrents, ceux-ci font l'objet d'un Comité de retour d'expérience (CREX) selon la méthode d'analyse ORION avec une participation des professionnels concernés. Le rapport du CREX est transmis aux cadres de service qui le diffusent auprès des professionnels lors des réunions de service. L'analyse des évènements indésirables permet d'identifier des actions d'amélioration dans le PAQSS (Programme d'actions qualité et sécurité des soins) par service et communiquées auprès des professionnels lors des points qualité. Des RMM peuvent être organisés en fonction de l'évènement signalé. Le COPIL Qualité a en charge notamment le suivi du tableau des EI. En unité de soins critiques, un registre des refus d'admission est suivi. Néanmoins, le suivi et l'analyse des ré hospitalisations à 48 heures n'est pas assuré. Les actes de biologie médicale externalisés font l'objet d'une convention avec un laboratoire de ville qui prévoit l'évaluation quant aux délais de rendu d'examens et à la qualité des prescriptions et prélèvements ou de conformité des examens. Les conditions de réalisation des examens en radiologie conventionnelle sont conformes aux référentiels des sociétés savantes. Pour les autres actes d'imagerie, des concertations sont réalisées avec les imageurs après les interprétations par contact téléphonique. Les check-lists au bloc opératoire et dans les secteurs interventionnels sont évaluées et font l'objet d'actions d'amélioration. Le suivi des « No-Go » est réalisé et est systématiquement analysé en conseil de bloc. En maternité, plusieurs évaluations de pratiques professionnelles sont menées (partogramme, douleur, hémorragie post-partum immédiat). Une liste d'indicateurs est définie, suivie et les résultats sont régulièrement présentés aux équipes. Concernant le don d'organes, une référente est formée et dispense toutes les informations au patient avec un recensement des morts encéphaliques qui font l'objet d'une étude d'éligibilité. Dans ce cas, la coordination avec le centre de prélèvement de Strasbourg est immédiatement alertée.

# Chapitre 3 : L'établissement



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	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le Centre Hospitalier Intercommunal de La Lauter (CHIL) est un établissement public de santé en Direction commune depuis 2017 avec le Centre Hospitalier de Haguenau (CHH) et le Centre Hospitalier de Wissembourg constituant ainsi la Coopération Hospitalière Nord Alsace (CHNA), établissement partie du Groupement Hospitalier de territoire Basse Alsace-Sud Moselle dont l'établissement support est le Centre

Hospitalier Universitaire de Strasbourg. Son inscription dans le territoire est fortement marquée par des partenariats publics (projet médico-soignant partagé avec le Centre Hospitalier de Haguenau portant sur les filières chirurgie-anesthésie, réanimation, USC, SAU et SMUR, gériatrie, soins palliatifs et SSR, cardiologie, oncologie, mère-enfant, neurologie, médecine interne-diabétologie-endoscopie, imagerie, pharmacie-stérilisation, biologie...) mais aussi avec le CHU Strasbourg au travers d'une participation dans de nombreuses filières. Au-delà, le CHIL a développé un partenariat avec le CHH dans le cadre de la Fédération des urgences et de la Fédération de chirurgie Nord-Alsace sur la filière d'orthopédie-traumatologie avec une mise en place de consultations avancées. Une coopération avec un médecin généraliste permet de réaliser des circuits-courts des urgences vers la médecine de ville. Le portage par l'établissement de structures médico-sociales type EHPAD lui permet de se coordonner avec la filière gériatrique. Le CHIL est inscrit dans le dispositif PANDA (Programme Admission non programmée pour les personnes âgées) se déclinant en 3 parcours : missions de soins non programmés pour le Court séjour gériatrique, Kit Assur pour les urgences en EHPAD et le repérage de la fragilité de la personne âgée en articulation avec la ville. Du fait de sa localisation géographique, le CHIL a établi des conventionnements transfrontaliers avec l'Allemagne au travers du dispositif PAMINA permettant de simplifier administrativement le suivi des parturientes de nationalité allemande dans l'établissement. De plus, une convention entre la Deutsch Rotes Kreuz et le SMUR de Wissembourg a également été signée. Elle concerne les interventions de nuit, du lundi au vendredi, du SMUR de Wissembourg en Allemagne avec un équipage mixte franco-allemand. Le CHIL est également membre actif du COPIL portant le projet associé aux travaux des CPTS du territoire Nord Alsace : CPTS Pays de source, CPTS Mossig et Vignoble et la CPTS Haguenau, Basse Zorn et Pays Rhénan. Le CHIL est membre du GIPTA (Groupement d'Intérêt Public Tutélaire d'Alsace). C'est un service social classifié service mandataire judiciaire à la protection des majeurs. L'établissement déploie le dispositif PRADO en chirurgie. De nombreuses réunions en Visio avec les établissements publics et privés du territoire en lien avec l'ARS (vagues COVID, Hôpital en tension, vaccination) sont organisées. L'actualisation du ROR est alimentée quotidiennement par le service des admissions avec un contrôle de gestion par la Direction lors des modifications capacitaires. Une procédure de disponibilité des lits et peuplement des ROR est formalisée. L'établissement a mis en œuvre une « politique d'aller-vers » avec le télé-AVC en partenariat avec le CHH et le CHU Strasbourg ainsi que la télé imagerie avec le CHH. Un projet est en cours pour la filière neurochirurgie avec le CHU Strasbourg. L'établissement travaille en partenariat externe avec l'HAD de la Clinique Saint-François en tant que structure d'aval. Le suivi des délais de délivrance des lettres de liaison est effectif avec un rapport mensuel. L'établissement suit les IQSS « qualité de la lettre de liaison à la sortie » ainsi que ceux des indicateurs numériques du programme HOPEN et SUN'ES. L'anticipation des situations de tension saisonnière se traduit par une participation de l'établissement aux cellules d'Hôpital en tension (HET) au sein du CHNA. L'établissement est joignable en continu par le standard basculé au secrétariat des urgences la nuit. Les coordonnées sont communiquées dans le livret d'accueil, les lettres de sortie et les courriers de convocation. Les différents secrétariats médicaux sont équipés de messagerie téléphonique bilingue. Les lignes directes des praticiens sont transmises aux médecins traitants. L'établissement dispose d'une solution de transmission dématérialisée et sécurisée des comptes-rendus (Lifen). Le CHIL peut s'appuyer sur l'Unité de Recherche Clinique (URC) du CHH avec lequel une convention cadre a été actée en juin 2020 permettant de soutenir les professionnels médicaux et paramédicaux dans leur projet de recherche clinique. La recherche paramédicale est portée dans le projet de soins du GHT. L'établissement a déployé une messagerie sécurisée type Lifen intégrée dans l'outil Outlook permettant des échanges d'informations entre les professionnels sécurisés. Pour les usages non sécurisés, l'établissement a cartographié ses risques et déterminé un plan d'actions pour 2024. En matière de promotion de l'engagement patient, l'établissement recueille la satisfaction des patients via e-Satis renforcée par des questionnaires de satisfaction internes en version papier transmis dans le livret d'accueil à l'admission. Le recueil des adresses mail est réalisé lors de l'admission. Afin de majorer le taux de retour, une mise en place d'urnes transparentes dans les différents secteurs d'activité proposés par les RU a été déployée. Des questionnaires spécifiques portant sur les urgences, l'imagerie et le secteur interventionnel

(bloc opératoire et endoscopie) sont en cours de formalisation. Les résultats de ces enquêtes sont suivis et communiqués en instances et aux professionnels par secteur d'activité (trimestrielles en réunion qualité et gestion des risques, salle de détente des services de soins, intranet). Les résultats e-Satis font l'objet de communication aux usagers dans les entrées publiques et au sein des services de soins (affichage IQSS). Ils sont également publiés sur l'intranet de l'établissement et sur son site internet. En matière d'expérience patient sur le versant PREM'S, l'établissement en assure le recueil et des actions ont été identifiées (projet de mise en place d'une paroi de séparation au guichet de maternité, refonte du livret d'accueil...). En SMR cardio-vasculaire, l'évaluation du bénéfice de sa prise en charge et des résultats sur sa santé sont investigués au travers d'un questionnaire à 6 mois et à 1 an de son séjour (activité sportive, diabète, tabac, qualité de vie, gestion du stress...). L'expertise patient est mise en place lors des ateliers du Club Cœur et Santé (filiale Alsace Cardio) en SMR cardio-vasculaire ainsi qu'en maternité (ateliers de préparation à la naissance) dans une logique de soutien aux patients. Dans le cadre du travail en réseau avec les maternités Alsaciennes (Réseau périnatal Naître en Alsace), les parents en situation de deuil périnatal peuvent bénéficier de temps de paroles organisés par une association à visée de parents qui vivent la même situation. En SMR cardio-vasculaire, l'expertise patient a été développé récemment ne permettant pas d'en évaluer l'impact. Les patients ne sont pas intégrés dans des démarches internes d'amélioration des pratiques telles que des EPP, RMM, CREX... L'établissement assure la promotion de bonnes pratiques de communication entre les professionnels au travers de supports de communication institutionnels (flyers des services, journée d'accueil du nouvel arrivant...). Les actions de formation à la communication sont intégrées dans les plans de formation et concernent notamment des actions dénommées gestion de l'agressivité au sein des urgences, toucher relationnel, la communication non verbale dans la relation patient-soignant, gestion du stress et relation de soin, promouvoir la bientraitance au CHNA... Les plaintes et réclamations sont présentées en Conseil de surveillance (rapport annuel) CME, CDU, CSIRMT et instances représentatives du personnel et sont connues par les professionnels rencontrés. Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle et nominativement. En matière de bientraitance, le CHIL a formalisé une politique de promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance dans le projet médico-soignant. Une charte de bientraitance est remise à tout nouvel arrivant. Une cartographie réactualisée sur les risques de bientraitance a été travaillée par la Direction des soins en lien avec l'encadrement. Des référents bientraitance sont identifiés par service. Des formations inhérentes à la bientraitance sont réalisées chaque année. Le circuit de signalement des actes de maltraitance comprenant des recommandations de bonnes pratiques est formalisé et connu par les professionnels. Une fiche de signalement d'un cas de maltraitance ou suspicion de maltraitance est effective. Lors de l'accueil des nouveaux arrivants, la bientraitance institutionnelle est présentée. De manière opérationnelle, celle-ci intègre les pratiques professionnelles notamment en maternité avec des réflexions internes quant à l'allaitement et au rythme du nouveau-né. Une requête en lien avec le codage PMSI de la maltraitance a été réalisée permettant d'enregistrer ces codes de vulnérabilité. L'évaluation des risques en matière de bientraitance est effective et se traduit par des ajustements capacitaires tout en minimisant le recours à l'intérim. L'accessibilité des locaux pour les personnes souffrant d'un handicap est assurée quelle que soit la forme du handicap (rampes, ascenseurs, braille...). Un diagnostic accessibilité a été mené en 2023. Un référent handicap est nommé au sein du CHIL. L'accompagnement des personnes vulnérables est effectif, par la présence d'assistantes sociales, associées dès l'admission du patient ce qui permet une évaluation du degré de dépendance. En matière de vulnérabilité, des démarches de prévention et postvention sont formalisées face aux situations suicidaires. L'établissement a organisé les modalités d'accès au dossier médical et en suit les délais avec une communication en CDU. Le suivi du taux d'alimentation du DMP est implicite du fait de l'intégration au programme Sun 'ES permettant de suivre cet indicateur au travers des cibles d'usage. Une action est identifiée sur les comptes-rendus de laboratoire qui, à date ne sont pas intégrés dans le DMP. Un travail avec le prestataire est en cours. L'inclusion des patients dans des programmes de recherche est développée par l'établissement (Etude DEPISMA « Etude de faisabilité du dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale en France, intérêt d'une prise en charge psychologique courte précoce des femmes ayant fait une fausse couche : étude comparative randomisée

contrôlé, intérêt de l'éosinopénie dans le diagnostic des états infectieux aux Urgences). Les représentants des usagers se sentent impliqués dans la vie institutionnelle. Ces derniers donnent leur avis quant aux projets d'amélioration de la vie quotidienne (mise en place de casques dans les chambres, salle d'attente aux urgences adaptée aux mineurs, panneaux photovoltaïques au niveau du parking...). Une présentation des EI, IQSS et résultats des enquêtes de satisfaction est réalisée en CDU. Le projet des usagers est formalisé en lien avec le projet médico-soignant et s'articule autour de trois actions prioritaires (accueil et information, devoirs et droits des usagers, sécurité du patient).

Le pilotage d'une dynamique collective de culture qualité et sécurité des soins est inscrite dans les lignes stratégiques du projet d'établissement. La politique qualité, articulée autour de cinq axes stratégiques, est intégrée dans le projet qualité et gestion des risques 2021-2025 et est déclinée en actions concrètes dans un plan d'actions qualité et sécurité des soins. Les orientations prioritaires sont déterminées en fonction du projet médico-soignant, évolutions règlementaires, les résultats des enquêtes de satisfaction, recommandations de bonnes pratiques... La politique qualité est signée par la Direction et la Présidence de CME. Une filière qualité a lieu au sein du territoire avec une organisation de Visio mensuels. Les revues des EI à fréquence trimestrielle permettent d'associer l'encadrement des soins, l'hygiène, la direction qualité à l'analyse des EI mais aussi à l'état d'avancement du PAQSS. La CME, l'encadrement et les professionnels sont pleinement associés avec des communications notamment via le journal qualité. Les professionnels rencontrés connaissent des actions qualité contenues dans le PAQSS avec un relais organisé par l'encadrement et le responsable qualité. De nombreux professionnels sont impliqués dans les projets qualité avec la nomination de référents par thématique (douleur, bientraitance, hygiène, identitovigilance, soins palliatifs...). La culture sécurité des soins est organisée sous forme ludique (BD portant sur différentes thématiques telles que les événements indésirables associés aux soins, qualité et sécurité des soins, vidéos...). Les organigrammes et circuits de délégation sont connus par les professionnels rencontrés. L'adaptation des ressources au niveau d'activité est en constante évaluation surtout en période de tension et peut aboutir selon la procédure à une adaptation capacitaire. La Direction des soins a élaboré des maquettes organisationnelles, des ratios et des organisations dégradées dans chaque unité et dans chaque pôle. Un pool de remplacement est également disponible au sein de l'établissement. Pour le nouvel arrivant, celui-ci peut bénéficier d'un accompagnement. Les nouveaux professionnels sont formés à la gestion des risques et à la culture sécurité lors de leur journée d'accueil des nouveaux arrivants dénommée JANA. Une politique de repérage des potentiels managériaux s'accompagne d'un dispositif structuré pour les faisant-fonctions cadres de santé : accompagnement aux épreuves de sélection, formation organisée avec le CHH mis en œuvre en 2020. Des formations au co-développement sont proposées à l'encadrement supérieur des soins, des actions de coaching auprès de l'encadrement le souhaitant. L'accompagnement des cadres sur la qualité est organisé par des réunions pilotées par la Direction des soins à fréquence hebdomadaire auprès de l'encadrement supérieur et des cadres de Pôle. Les chefs de service ont bénéficié de formations autour de la communication en 2024.

L'établissement a mis en place une synchronisation des temps médicaux et paramédicaux facilitant le travail en équipe (staffs pluridisciplinaires quotidiens, CREX...). Afin de permettre le travail en équipe, des solutions organisationnelles sont mises en place telles que les staffs pluriprofessionnels, les temps de transmission pluriquotidiens. L'établissement a développé des appels à projets inscrits dans une volonté de travail en équipe transversal recouvrant trois thématiques : bienvenue en USC sous forme d'Escape Game, Eco CHIL portant sur les denrées alimentaires et organisation d'une journée de sensibilisation sur les soins palliatifs. Dans le cadre de la mise en place de la direction commune en 2019, la direction s'est inscrite dans un travail de Team Building (Manager dans la complexité) permettant un alignement des valeurs et de la politique donnée entre les établissements de la direction commune. Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe. En matière de développement des compétences, un plan de formation est élaboré chaque année. Des entretiens annuels d'évaluation permettent d'évaluer les compétences y compris pour les nouveaux arrivants avec la réalisation de points d'étape lors du tutorat. Un travail partenarial avec les IFSI et IFAS permet d'accompagner les tutorats. Toutefois, il n'existe pas de programme intégré d'acquisition ou de maintien des compétences en interne. Une

campagne d'entretien professionnel pour les médecins a également été déployé depuis 2022. Des fiches de mission et de tâches sont formalisées par type de métier. Au niveau de l'éthique, les professionnels identifient les questionnements auxquels ils sont confrontés. L'établissement a mis en place une démarche structurée se concrétisant par un Comité éthique, en place depuis 2013, et peut également faire appel à des ressources extérieures ou mener des réflexions communes en collaboration avec les établissements de la Coopération Hospitalière Nord Alsace (CH de Haguenau et CH de Bischwiller). L'établissement est adhérent à l'Espace éthique régional du Grand-Est. Cependant, les représentants des usagers rencontrés n'en ont pas connaissance et des ressources extérieures n'y ont pas participé. Des actions de formation relatives à l'éthique sont inscrites dans le plan de formation. Une articulation forte est réalisée avec les LISP (lits identifiés soins palliatifs) situés en SMR.

La gouvernance est inscrite dans la démarche qualité de vie au travail avec une formalisation d'une politique QVT et une identification des orientations prioritaires en association avec les partenaires sociaux. La démarche QVT est partagée entre les 3 établissements de la direction commune avec un COPIL QVT permettant d'assurer une représentativité de tous les métiers. Un groupe de travail QVT a déterminé des actions concrètes relatives à la gestion du stress (espace de détente, fauteuil de détente...), des ateliers de bien-être (massage, sophrologie, yoga du rire) et des conférences QVT. Des activités sont également mises en place telles que des cours de renforcement musculaire, des concours photos... Un projet d'espace fumeurs est en cours. La gestion des conflits est assurée par l'encadrement de proximité en première intention. En l'absence de résolution, le relais est assuré par le cadre de Pôle et la Direction des soins. En troisième intention, la Direction déléguée est ainsi sollicitée. Si besoin, une intervention du service de médecine au travail peut être mise en place. Des dispositifs de soutien psychologique peuvent être proposés aux professionnels en lien avec le service santé au travail.

Face aux risques auxquels l'établissement est confronté, celui-ci a mis en place des moyens de maîtrise : cellule de crise rapidement activable, plan de situations sanitaires exceptionnelles intégrant le plan Orsan avec la réalisation de mises en situation réelles en juin 2022 (incendie dans un EHPAD environnant) et au décours de la crise sanitaire COVID. L'établissement a défini des fiches réflexes avec composition et fonctionnement de la cellule de crise. Des référents SSE ont été nommés et un COPIL SSE a en charge de réactualiser le plan SSE, de réaliser des RETEX d'exercices SSE (des exercices ont eu lieu en 2023 : AMAVI axé sur le fonctionnement de la cellule de crise en février 2023, un exercice type attentat en août 2023 et un exercice AMAVI portant sur la signalisation des flux en octobre 2023) et une analyse RETEX des exercices SI-VIC. De plus, un exercice type Cyberattaque a eu lieu au sein du GHT en décembre 2023. Des aménagements des locaux permettant la mise en isolement sont possibles (en USC, présence d'un SAS dans une chambre et chambres individuelles dans les services de soins). En cas de tension, la coordination avec les établissements de la direction commune (CHNA) est prioritairement mise en place ainsi qu'avec le GHT. En période COVID, des visio régulières avec l'ARS ont été mises en place. L'élaboration du plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles a fait l'objet d'une concertation avec les professionnels rencontrés qui connaissent les modalités de déclenchement de celui-ci ainsi que la mise en œuvre. Le plan de sécurisation de l'établissement est formalisé avec une collaboration et prévention globale coordonnées avec la gendarmerie dont la convention a fait l'objet d'une réactualisation fin 2023. La connaissance par les équipes des règles de sécurité est effective avec un recours en première intention aux agents de sécurité présents en continu formés SSIAP avec des rondes sécurité-sûreté réalisées. En cas d'intrusion, un message d'alerte général est diffusé. Des procédures sur les sorties inopinées, la gestion des situations de violence et délinquance, la prévention et postvention du risque suicidaire sont effectives et connues par les professionnels rencontrés. Les accès sont sécurisés (système de fermeture par badges ou digicode pour les secteurs interventionnels, pharmacie... ou système anti-fugue en SMR et de la vidéoprotection). La sécurisation des objets personnels du patient dans des coffres est proposée dans tous les secteurs d'activité. Cette information, transmise par les professionnels du bureau des admissions ou des urgences, et également communiquée aux patients à travers le livret d'accueil et le site internet de l'établissement. Cependant, certains patients rencontrés n'avaient pas pris

connaissance des possibilités de sécurisation de leurs objets personnels. Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène et une procédure de gestion des déchets est formalisée. En matière de développement durable, le CHIL a formalisé une politique articulée avec celle du CH Haguenau (déclinée dans le projet de soins et projet qualité) et a instauré une culture développement durable avec une représentativité de professionnels siégeant au groupe de travail ECO-CHIL ainsi qu'au COPIL GHT. Celui-ci structure la démarche et suit les plans d'actions. Un bilan carbone a été réalisé en 2021. Des actions concrètes sont identifiées : robinet électronique à débit contrôlé, projet d'installation d'ombrières sur le parking, remplacement des éclairages par des Leds, remplacement des groupes froids des chaudières... L'établissement a désigné un référent développement durable. La gestion de l'urgence vitale est organisée. Un numéro d'appel unique et direct, connu par les professionnels, est affiché dans tous les services. Les chariots d'urgence vitale sont en place dans les services scellés, contrôlés et tracés. Les professionnels sont formés à la gestion de l'urgence vitale. Des exercices de simulation sont déployés dans les différents services de soins.

La gouvernance assure la diffusion des recommandations de bonnes pratiques et plus particulièrement la CME. Ces recommandations de bonnes pratiques sont disponibles dans la gestion documentaire. Au-delà, les responsables médicaux, les vigilants et référents de thématiques les diffusent aux professionnels via les réunions de service, staffs, conseils de bloc ou urgence... L'établissement suit des tableaux de bord d'indicateurs, analysés avec les professionnels de terrain par secteur d'activité qui donnent lieu à des plans d'actions d'amélioration suivis. L'établissement recueille les IQSS nationaux qui sont présentés en CME, CSIRMT et COPIL Qualité et font l'objet d'une analyse collective. Les revues de pertinence et de séjour ne sont pas engagées dans tous les secteurs (déploiement en USC) mais le médecin DIM transmet ces informations dans les services de soins. L'établissement a pour projet de le déployer dans les différents pôles d'activité. Les professionnels rencontrés ont connaissance des axes d'amélioration émis par la CDU. Les représentants des usagers mentionnent participer à l'élaboration du PAQSS. Les professionnels ont connaissance des EIAS qui sont analysés en équipe et notamment lors des CREX. Les indicateurs qualité et sécurité des soins et les événements indésirables sont présentés en CDU. En cas de dommage lié aux soins, l'équipe connaît les modalités d'information du patient. L'établissement suit le besoin journalier en lits avec un état réalisé 2 fois par jour hormis pour l'USC pour lequel il est porté à 3 fois. En situation de tension, des réunions HET (hôpital en tension) permettent d'assurer le suivi. Un plan de gestion des lits d'aval est effectif en cas de tension et est assuré par la cellule HET. Un pilotage à l'échelle du CHNA existe. En matière d'accréditation des médecins, une promotion de celle-ci s'est concrétisée par une note d'information diffusée en août 2023. La gouvernance a identifié les médecins éligibles et plusieurs d'entre eux sont accrédités et les praticiens gynécologues se sont inscrits dans des programmes d'accréditation en équipe. La promotion de l'accréditation des médecins est intégrée dans le projet qualité et gestion des risques.

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 :

Pérenniser la traçabilité de la prescription, évaluation et du maintien de la contention mécanique Développer les revues de pertinences des admissions et des séjours ainsi que l'analyse des réhospitalisations à 48h Favoriser l'appropriation de la démarche éthique par les représentants des usagers Renforcer l'appropriation par les patients de leurs droits

# 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	670780543	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	24 ROUTE DE WEILER BP 20003 67166 WISSEMBOURG CEDEX FRANCE
Établissement principal	670000272	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	24 route de Weiler BP 20003 67166 Wissembourg CEDEX FRANCE

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

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
6	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ ou Antibiotique injectable
7	Traceur ciblé			Précautions standards et/ou complémentaires
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
11	Traceur ciblé			SMUR
12	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
13	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique per os
14	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
15	Audit système			
16	Traceur ciblé			PSL
17	Audit système			
18	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique et/ou Médicament à risque per os ou injectable
24	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Audit système			
	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation	

26			Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Urgences Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Traceur ciblé			EI presque grave ou EIG selon liste de l'ES
33	Audit système			
34	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

35	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
36	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système			
39	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Traceur ciblé			Précautions standards et/ou complémentaires
	Parcours		Médecine	

41	traceur		Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
42	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Audit système			

---

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

---

