



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

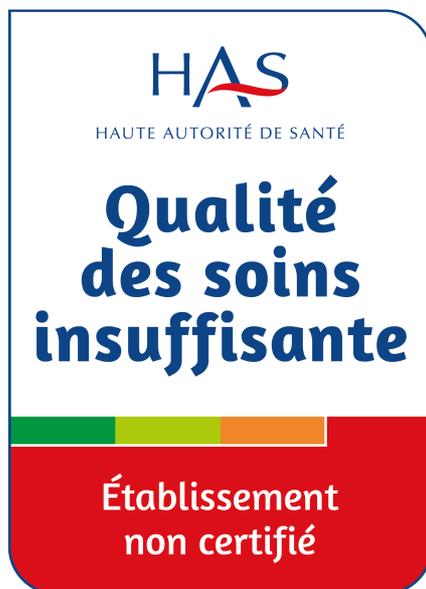
MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE CHATEL S/MOSELLE**

2 rue des vergers
88330 Chatel Sur Moselle



Validé par la HAS en Janvier 2025

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 – Janvier 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	11
Chapitre 3 : L'établissement	13
Table des Annexes	15
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	16
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	17
Annexe 3. Programme de visite	21

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 non-certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE CHATEL S/MOSELLE	
Adresse	2 rue des vergers 88330 Chatel Sur Moselle FRANCE
Département / Région	Vosges / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	880780267	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEL S/MOSELLE	2 rue des vergers 88330 Chatel-Sur-Moselle FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

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

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **96** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Le patient hospitalisé au CH de Chatel-sur-Moselle reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé ainsi que sur sa prise en charge et exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins. Il bénéficie, de manière générale, de messages de santé publique mais la traçabilité dans le dossier des informations relatives à ses principaux facteurs de risque n'est pas systématique. Il bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge ; il a été constaté notamment une gestion efficace des informations relatives aux mesures d'isolement "goutelettes". Le patient est invité à désigner la personne à prévenir et la personne de confiance mais cette dernière notion n'est pas toujours bien comprise. Les consignes de suivi pour la prise en charge après la sortie sont connues. Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées (notamment grâce à un formulaire spécifique qui lui est remis lors de son arrivée) mais le recueil de cette information n'est pas systématique. L'établissement dispose de lits identifiés pour les soins palliatifs et le patient a la possibilité de faire valoir au plus tôt sa décision d'y accéder. Après une période de vacance prolongée de la fonction de RU, une personne vient d'être nommée et formée pour cette mission ; à ce jour, elle n'est pas encore connue par les patients. Le patient est invité à faire part de son expérience grâce à différents supports dont l'efficacité a pu être vérifiée lors de la visite (questionnaire orienté expérience patient, fiche de communication dans le livret d'accueil pour signaler tout dysfonctionnement) ; toutefois, la possibilité donnée au patient de déclarer un événement indésirable associé aux soins n'a pas été systématisée. Les informations utiles aux modalités de sa prise en charge sont communiquées au patient, notamment grâce au livret d'accueil qui lui est remis systématiquement lors de son entrée ; toutefois, le patient ne sait pas que l'établissement ne consulte pas et n'alimente pas son dossier médical de Mon espace santé. Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité, aussi bien au niveau des pratiques que des locaux, ainsi que du respect de la confidentialité des informations le concernant. Le maintien de l'autonomie pour le patient vivant avec un handicap est promu et un recueil des habitudes de vie est fait à l'entrée par l'aide-soignante. Le patient âgé bénéficie également du maintien de son autonomie pendant son séjour. La gestion de la contention mécanique est maîtrisée. Tous les patients bénéficient d'une aide pour leurs besoins élémentaires, y compris en situation de tension d'activité. La prise en charge de la douleur est maîtrisée. Les proches et les aidants sont invités à s'impliquer dans la mise en oeuvre du projet de soins et des locaux adaptés sont disponibles à cet effet (salon des familles). Lorsque la situation le nécessite, la présence des proches est facilitée en dehors des heures de visite. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement adapté (présence d'une assistante sociale dédiée au service) ; toutefois, il manque ponctuellement la traçabilité de cette prise en charge dans le dossier du patient. Le patient vivant avec un handicap est invité à exprimer ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins. Les conditions de vie habituelles sont tracées de façon très complète, notamment pour la préparation de la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des décisions de l'admission en SMR (spécialité unique de l'établissement), de la prise en charge et du séjour et de la prescription éventuelle d'une HAD est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe. Il en est de même pour la pertinence des prescriptions d'antibiotiques. Le système d'information permet à tout professionnel de tracer en temps utile les éléments nécessaires à la prise en charge et d'accéder à l'ensemble du dossier de façon simultanée ; un dispositif de tablettes mobiles permet un usage ergonomique du dossier patient informatisé. Toutefois, les équipes ne peuvent pas consulter le DMP du patient qui n'est pas accessible dans l'unité de soins, faute de lecteurs adéquats. Les équipes de soins se coordonnent pour la mise en oeuvre du projet de soins au sein de réunions de bilans pluriprofessionnels hebdomadaires. L'établissement n'a pas encore mis en oeuvre la conciliation médicamenteuse mais a déjà identifié les situations ou profils de patients qui pourraient en bénéficier. En cas de besoin, il existe des référents de recours ou d'expertise : EMSP, diététicienne, référent antibiothérapie ; toutefois il n'existe pas de recours à la télésanté formalisé et connu des professionnels. Une démarche palliative pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en oeuvre pour les patients en fin de vie et trois lits au sein du service de SMR sont identifiés soins palliatifs. Une lettre de liaison est systématiquement remise au patient à sa sortie et un courrier est adressé au médecin traitant. Cependant le dossier médical de Mon espace santé n'est pas renseigné ; l'établissement justifie cette décision du fait de risques liés à la fiabilité des informations transmises par le dossier patient informatisé. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les vigilances sanitaires sont appliquées. Les médicaments font l'objet de bonnes pratiques de prescription et de dispensation ; toutefois l'analyse pharmaceutique n'est pas intégrée au Dossier pharmaceutique du patient pour les patients dotés d'un tel dossier. Le circuit du médicament est conforme aux bonnes pratiques : transport, approvisionnement, stockage, administration. L'utilisation des médicaments à risque est maîtrisée à toutes les étapes (prescription, connaissance des risques, stockage des produits) ; toutefois, il est apparu lors de la visite que la préparation ultime du médicament avant son administration (blister sorti de sa boîte ou comprimé dans un pilulier) pouvait entraîner un risque de perte de vigilance quant à la spécificité du médicament ; averti de ce point, l'établissement a aussitôt mis en place un dispositif pour maintenir l'identification du médicament à risque jusqu'au bout de la préparation. Le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable lors de sa sortie est maîtrisé. Au niveau des pratiques, les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains ainsi que les précautions adéquates, standard et complémentaires ; toutefois, l'absence d'une compétence EOH en raison des difficultés de recrutement sur cette fonction ne permet pas à l'établissement d'organiser des évaluations des pratiques en matière d'hygiène des mains ou de précautions standard et complémentaires ni de mettre à la disposition des professionnels une expertise de recours en cas de besoin. La pose de dispositifs invasifs est conforme aux bonnes pratiques (pose, surveillance, réévaluation). Les équipes maîtrisent le risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.. Les obligations vaccinales sont respectées et les recommandations font l'objet d'un soutien institutionnel (vaccins gratuits, pose facilitée) ; toutefois l'établissement n'analyse pas ses résultats de couverture vaccinale. Le transport des patients en intrahospitalier (essentiellement du service SMR vers le plateau de rééducation) est maîtrisé. Les équipes présentent peu de démarches d'évaluation des résultats cliniques d'une prise en charge pour laquelle elles auraient identifié un potentiel d'amélioration. En revanche, elles recueillent et analysent la satisfaction du patient et son expérience et mettent en place des actions d'amélioration ; du fait de sa prise de fonction récente, le RU n'a pas encore été associé à cette démarche d'évaluation et d'amélioration. Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs, notamment les indicateurs qualité et sécurité des soins. Elles s'appuient également sur l'analyse

des EIAS dont la déclaration est encouragée, qui sont analysés régulièrement et pour lesquels un plan d'action est déployé. La qualité des résultats de biologie et d'imagerie est analysée, en lien avec les prestataires externes respectifs selon le type de prestations.

Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement, membre du GHT des Vosges, participe aux projets territoriaux de parcours ainsi qu'à la coordination des parcours sur le territoire pour les activités de recours ; toutefois, à l'exception de l'EHPAD qui lui est rattaché, il ne met pas en oeuvre de prestations au profit d'autres structures, Il contribue à assurer la fluidité du parcours des personnes âgées, notamment en provenance de son EHPAD. Les usagers et médecins de ville peuvent facilement contacter téléphoniquement les services de l'établissement ; toutefois, les nouveaux vecteurs de communication (messagerie sécurisée, alimentation du DMP) ne sont pas mis en oeuvre. Il n'existe pas de démarche de repérage des professionnels souhaitant s'investir dans des travaux de recherche ou d'évaluation. L'établissement organise le recueil de la satisfaction du patient (fiche de communication, questionnaire de satisfaction, e-satis) et développe une approche de recueil de l'expérience patient (mise en place d'items spécifiques dans le questionnaire de sortie) ; toutefois, il ne s'est pas engagé dans l'élaboration de questionnaires spécifiques sur le résultat de l'hospitalisation sur leur santé (PROMS). L'établissement s'est engagé dans l'expertise patient en associant des patients à une démarche collective d'amélioration des pratiques sur la prévention des chutes (chambre des erreurs). Les bonnes pratiques de communication sont respectées : traitement des plaintes et réclamations, identification des professionnels ; toutefois, il n'existe pas de politique de promotion des bonnes pratiques structurées autour de la diffusion d'information ou d'actions de formation à la communication. L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et le respect des patients et de leurs familles est promu au sein des équipes ; toutefois, il n'existe pas de dispositif d'évaluation des risques impactant la bientraitance. Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour détecter et signaler les situations de maltraitance avant prise en charge ; l'établissement ne recense cependant pas les cas de maltraitance dans le PMSI et n'évalue pas l'effectivité du repérage. L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein en s'assurant de la mise en oeuvre des bonnes pratiques ; toutefois les professionnels n'ont pas mis en place des modalités formalisées d'écoute quotidienne des patients, notamment dans les moments sensibles de vulnérabilité. L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap est assurée. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, en s'appuyant notamment sur l'assistante sociale. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier d'hospitalisation ; en revanche, il n'informe pas le patient sur les modalités d'accès au DMP puisqu'il n'alimente pas le dossier médical Mon espace santé. Il n'est pas proposé d'inclusion de patients dans des essais cliniques portés le cas échéant par des centres du territoire. L'établissement s'est vu doter récemment d'un nouveau représentant des usagers ; celui-ci s'est immédiatement impliqué dans la vie institutionnelle (notamment la CDU) mais n'a pas encore mené d'actions de sensibilisation auprès des patients ni contribué à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge. La gouvernance a défini une politique qualité et sécurité des soins déclinée en actions concrètes sur le terrain ; toutefois les orientations prioritaires du plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) ne sont pas clairement établies, ce qui explique que les professionnels peinent à citer des actions en lien avec leurs activités. La gouvernance s'implique directement dans des actions du PAQSS mais la culture sécurité des soins des professionnels n'est pas évaluée. Dans un contexte difficile en matière de recrutement (notamment sur les fonctions de médecin, de cadre de santé, de responsable ressources humaines, de psychologue,...), l'établissement s'assure de l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité de la prise en charge. Il n'existe pas de formation spécifique ou d'actions de soutien pour les personnels d'encadrement. La gouvernance soutient le travail en équipe et a mis en place une démarche d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes. Les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels ; toutefois, les compétences ne sont pas régulièrement évaluées afin de mettre en oeuvre les actions utiles de formation. Le questionnement éthique

n'est pas structuré à ce jour. Il existe une politique de qualité de vie au travail de l'établissement intégrée dans la projet d'établissement ; toutefois, hormis le projet de création d'un agent hôtelier, le volet opérationnel de la démarche QVT n'est pas clairement structuré ; par ailleurs, il n'y a pas, actuellement de dispositif d'écoute pour un soutien psychologique accessible aux professionnels. L'encadrement soutient des mesures d'anticipation et de prévention des difficultés interpersonnelles ; les professionnels ne connaissent cependant pas les dispositifs de résolution des conflits extérieurs à l'établissement. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est en place ; un plan blanc complet et actualisé couvre les différentes situations de crise et la mise en isolement en cas de risque de transmission d'agents infectieux est opérationnelle ; l'établissement n'organise cependant pas d'exercice annuel permettant notamment des retours d'expérience. La prévention des atteintes aux personnes et au biens est prise en charge (accès sécurisé aux secteurs protégés ; audit de sécurité en cours de réalisation avec la gendarmerie) ; toutefois, l'établissement ne dispose pas encore de plan de sécurisation structuré et opérationnel. Les risques environnementaux sont maîtrisés (gestion des déchets, notamment des DASRI ; gestion de la qualité de l'eau). La démarche de développement durable est initiée (gestion des consommations énergétiques) ; toutefois, il n'existe pas, à ce jour, de structuration de la démarche avec la définition d'une politique, la désignation d'un référent et le déploiement d'un plan d'actions de sensibilisation (à cet égard, l'établissement est en attente de la mise en place d'un schéma territorial du DD porté par l'établissement support). La gestion des urgences vitales est assurée par la présence de chariots d'urgence dans les unités de soins et de l'accès à un numéro d'appel unique connu par tous les professionnels (la convention avec le Centre 15 qui comportait une inexactitude a été immédiatement corrigée, en lien avec le SAMU, après signalement par les experts-visiteurs) ; toutefois il n'est pas organisé d'exercices de mise en situation par les professionnels et ceux-ci ne disposent pas tous de la formation AFGSU (un plan de formation a été mis en place pour rectifier ce point). L'établissement assure généralement la transmission des recommandations de bonne pratique aux équipes qui confirment leur disponibilité sur la gestion documentaire ; toutefois les instances ne se mobilisent pas autour des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles et il n'y a pas de revue de pertinence des admissions et des séjours pour évaluer les résultats d'indicateurs d'alerte. L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son PAQSS (exploitation des questionnaires, des fiches de communication) ; la longue période d'absence d'un RU n'a cependant pas permis d'associer les usagers à la définition du PAQSS. Les indicateurs qualité et sécurité des soins et les événements indésirables liés aux soins font l'objet d'une analyse et d'une exploitation adaptées. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à : Finaliser la maîtrise de la prise en charge des urgences vitales (mise en place d'exercices de mise en situation et formation des professionnels à l'AFGSU). Développer une culture de l'évaluation et de la pertinence (évaluer l'efficacité du dispositif de repérage des maltraitances, de la culture sécurité des soins, des pratiques en matière d'hygiène des mains ou des précautions standard et complémentaires, des résultats cliniques, des compétences des professionnels, et analyser les résultats de la couverture vaccinale). Structurer la démarche éthique au sein de l'établissement.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	880780267	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEL S/MOSELLE	2 rue des vergers 88330 Chatel-Sur-Moselle FRANCE
Établissement principal	880000112	CENTRE HOSPITALIER DE CHATEL S/MOSELLE	2 rue des vergers 88330 Chatel Sur Moselle FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
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)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de 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	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
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	Non
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	Non
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	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
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	0
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
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	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	58
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
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)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé			Brancardage
4	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Traceur ciblé			Selon la liste de l'ES
6	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
11	Audit système			
12	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
13	Audit système			
14	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
16	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
17	Traceur ciblé			NA

18	Audit système			
19	Audit système			
20	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Audit système			
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Audit système			

29	Traceur ciblé			ATB / Médicament à risque
30	Audit système			

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

