



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

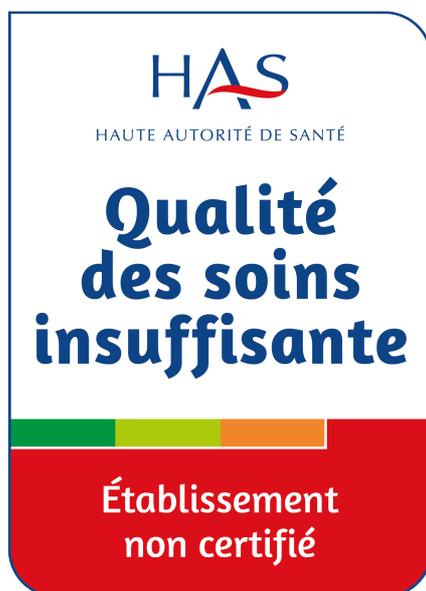
MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**Etablissement Public
Départemental de Santé
de Gorze**

163 rue de la meuse
57680 Gorze



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

Etablissement Public Départemental de Santé de Gorze	
Adresse	163 rue de la meuse 57680 Gorze FRANCE
Département / Région	Moselle / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	570011387	ETS PUBLIC DEPARTEMENTAL DE SANTE	163 rue de la meuse 57680 Gorze 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 de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

A l'Etablissement Public Départemental de Santé (EPDS) de Gorze, le patient reçoit une information claire sur son état de santé. Des moyens spécifiques d'information sont mis en place, tels que des ardoises blanches ou feuilles blanches plastifiées pour les patients ayant des difficultés de communication auditive, ou le recours à des interprètes (Langue des Signes Française). Il est affiché, dans tous les services, des messages de prévention pour la santé ainsi que des chartes, notamment la charte de l'hospitalisation des personnes âgées. Le projet de soins est élaboré en tenant compte des préférences et avis du patient, par exemple concernant son retour au domicile, et son consentement libre et éclairé est recueilli. La précarité sociale est prise en compte, notamment au travers des interventions de l'assistante sociale. Celle-ci rencontre de façon systématique tous les patients hospitalisés dans le service de SMR. Les Directives Anticipées, ainsi que les coordonnées de la personne à prévenir, sont proposées et recueillies auprès des patients en format papier, avant d'être insérées dans le DPI. Ces items sont repris dans le questionnaire de satisfaction de l'USLD. L'expression de la volonté du patient concernant sa fin de vie est respectée. La sortie du patient est anticipée et organisée en tenant compte des attentes du patient. Un livret d'accueil est remis à l'entrée du patient et un questionnaire de satisfaction lui est remis à la fin du séjour, dont les résultats sont analysés de façon annuelle. Cependant, l'établissement ne recueille pas l'expérience du patient quant à ses soins. La présence des bénévoles est connue et le contact par l'intermédiaire des équipes est possible les coordonnées des Représentants des Usagers (RU) ainsi que de l'association l'ACCOMPAGNEMENT sont affichées dans les services, sans qu'ils soient forcément connus de tous les patients. Les patients n'ont pas identifié les modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à leurs soins (EIAS). Ils sont informés sur les modalités de réclamation au travers du Livret d'accueil. Le DMP n'est pas utilisé dans l'établissement et il n'y a pas de modalités définies dans l'établissement pour informer le patient de manière active et passive sur l'existence du DMP et la possibilité d'y accéder. Il n'existe pas de modalité de recueil d'accord ou de refus de l'alimentation du DMP. Du point de vue du patient, sa dignité et son intimité sont respectées. Les soins en chambre sont réalisés portes fermées. Si la porte reste ouverte en journée, cette demande du patient est tracée dans le dossier selon un protocole défini et accessible dans la Gestion documentaire (GED). Les couloirs sont libres pour le passage et ne sont pas encombrés. L'ensemble de l'établissement est particulièrement propre. Afin de maintenir l'autonomie du patient, ses besoins sont pris en compte. Un matériel adapté est mis à disposition, modifié si besoin. Pour maintenir l'autonomie du patient vivant avec un handicap, le travail des équipes est coordonné, de même que pour un patient âgé avec une évaluation des risques de perte d'autonomie. La confidentialité est respectée dans l'établissement, les PC sont tournés ou les écrans, abaissés, de façon à préserver la confidentialité. En matière de contention, celles-ci sont prescrites médicalement et font l'objet d'une réévaluation quotidienne, ainsi que le prévoit la procédure accessible dans la GED. En cas de demande du patient de disposer de barrières pendant la nuit, cette contention est tracée dans le dossier. Le maintien ou le changement de contention fait l'objet d'une discussion en équipe. Les patients témoignent une réponse rapide à leurs appels, entre autres pour leurs besoins élémentaires. La douleur est évaluée, la réévaluation est tracée dans le dossier et la prescription en « si besoin » est conforme aux attendus de la HAS. Les proches et aidants intégrés dans la définition du projet de soin pour les patients, par exemple en USLD. Le patient est impliqué pour exprimer ses besoins et envies. En cas de situation difficile identifiées par l'équipe et débattues lors des transmissions, le médecin peut prescrire l'intervention de la psychologue auprès du patient. Un soutien psychologique peut également être proposé auprès de la famille. Il est possible de disposer de lits accompagnants, aisés à installer dans des chambres individuelles. Concernant le patient en situation de précarité sociale, l'EPDS a mis en place une « Unité d'accompagnement » qui fait le relais entre équipe et

patient, équipe et tuteur/famille, ainsi que l'accompagnement du patient à des rendez-vous externes en USLD. Il est à noter également la possibilité de faire appel à une assistante sociale. En amont de l'entrée en USLD, une visite est proposée au patient et/ou à sa famille, l'accord de prise en charge impliquant l'avis de celui-ci quand c'est possible, de la famille ou du tuteur et selon l'évaluation de l'équipe pluri professionnelle, prenant en compte du patient dans sa globalité. L'impact du handicap sur le projet de soins est évalué en intégrant les besoins et préférences du patient et des aides sont mises en place. Ainsi, le patient, s'il ne peut pas descendre aux activités, va bénéficier d'un transport spécifique. Un pôle animation fort est structuré, avec une pièce de type Snozoelen, chariot de détente, cafétéria gratuite avec bibliothèque et musique, aquarium, pétanque, babyfoot, animations quotidiennes en interne, coiffeur atelier pâtisserie, musiciens, clowns, soirées cinéma en interne, salle de kiné., animations à l'extérieur : cinéma, restaurant, implication des familles dans les activités, présence d'un jardin thérapeutique. Des repas festifs sont organisés avec une fête de l'été intégrant du lien social et ludique. La pratique des cultes est proposée aux patients et résidents. Un programme hebdomadaire est remis à chaque patient. Dans les projets de retour, les conditions de vie sont prises en compte par l'assistante sociale. Il n'est pas retrouvé de traçabilité de visites au domicile.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les équipes participent à l'élaboration des protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques, par exemple pour la réalisation de la toilette, des pansements ou pour le suivi des DMI. Il existe en SMR une concertation pluridisciplinaire (RCP) et pluri professionnelle qui a lieu toutes les semaines pour discuter des prises en charge des patients hospitalisés, et qui donne suite lieu à un dialogue avec le patient. Une commission pluridisciplinaire des admissions est chargée, une fois par semaine, de valider les admissions proposées par Via trajectoire (70% des entrées), en complément des admissions directes validées par le praticien lors des appels des médecins traitants (30% des entrées). L'établissement fait appel à l'HAD en recourant aux services des secteurs d'habitation des patients (Metz, Joeuf, Hayange). Une réunion de concertation pluridisciplinaire est réalisée de façon hebdomadaire au SMR et tous les 15 jours en USLD, avec quatre patients par RCP ainsi que les patients nécessitant une réadaptation en fonction de l'évolution de leur état dans l'établissement. Concernant la prescription d'antibiotique, elle est évaluée réévaluée à 72 heures au maximum et argumentée. Il est possible de requérir un avis par téléexpertise auprès du centre de référence en infectiologie de référence. Un référentiel ANTIBIOEST est partagé entre les établissements du territoire. Un médecin est formé à la prescription d'antibiotiques. La pharmacienne réalise une évaluation systématique de la prescription. L'utilisation de la voie est adaptée au patient. Tous les éléments relatifs à la prise en charge sont rassemblés dans le DPI où tous les professionnels ont accès pour tracer les informations relatives à la prise en charge du patient. Le DPI est accessible par plusieurs professionnels simultanément. Lors de l'arrivée d'un professionnel, il bénéficie d'une formation par compagnonnage au DPI, y compris pour les intérimaires. Le DPI a évolué pour fusion dans le cadre de la direction commune, rendant l'historique non interrogeable selon une procédure usuelle. Ceci a été rectifié en visite. Le Dossier Pharmaceutique est utilisé par la pharmacienne dans le cadre du bilan thérapeutique. En revanche, l'établissement n'utilise pas le DMP qui n'est pas accessible depuis le DPI, sans exploiter non plus la possibilité de consultation sécurisée en mode Web. Le projet de soins du patient inclut les besoins et préférences de celui-ci, il associe des professionnels en soins de support tels que kinésithérapeute, psychologue, orthophoniste, diététicienne, psychomotricienne, pédicure, socioesthéticienne. En complément, des expertises externes sont sollicitées, soit par le déplacement d'équipes mobiles (soins palliatifs avec deux équipes différentes selon le lieu de vie du patient, psychiatrie), soit via la télésanté et la téléexpertise. Lors des réunions de concertation pluridisciplinaires régulières, les besoins et préférences du patient sont prises en compte. La conciliation médicamenteuse est réalisée pour les patients du SMR ayant une prescription complexe, à savoir plus de cinq médicaments, ou avec un médicament à risque, ou avec une molécule à prescription séquentielle, ou avec une molécule prescrite à une fréquence de 4 fois (ou plus) par jour. La démarche palliative est organisée pour les patients le requérant, avec la possibilité d'avis d'expertise de deux équipes mobiles en soins palliatifs, et l'intervention du praticien titulaire du DU de soins palliatifs. Une lettre de liaison est remise au patient le jour de sa sortie, le courrier de sortie est adressé au médecin traitant dans un deuxième temps. Il n'existe pas de traçabilité de la remise de la lettre de liaison. En cas de décès, un courrier/lettre de liaison informe le médecin traitant. L'organisation de la sortie fait suite à une décision en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), en concertation avec la famille avec l'aide de l'assistante sociale. Le cas échéant, des prescriptions sont établies pour la mise à disposition de matériel en amont de la sortie, avec une structuration complexe dont la présence d'aides à domicile. Les patients peuvent bénéficier d'une période en test pour leur permettre une bonne intégration dans leur nouvelle résidence (retour à domicile ou dans une résidence sénior). L'identitovigilance est structurée, en un circuit qui démarre aux admissions. Les courriers présents dans les dossiers sont tous identifiés. En matière d'identitovigilance, le patient reçoit un bracelet à l'admission, qui peut être renouvelé. En particulier, en USLD, un système

comportant une photo est mis en place en complément du bracelet, avec un formulaire de consentement. L'identitovigilant est connu des équipes, ainsi que le matério- et le pharmaco- vigilants. Les circuits d'alerte sont identifiés et listés dans la GED. En matière de prescription, celle-ci est effectuée sur le DPI et comporte tous les critères de conformité (DCI et nom commercial du médicament, signature, date de la prescription, dosage, nombre de prises, rythme de prise, durée du traitement). Si le médicament doit être administré par perfusion, une étiquette conforme aux attendus est apposée sur celle-ci. Le médicament est systématiquement identifiable jusqu'à son administration. La dispensation est nominative et est organisée selon deux modalités différentes. Pour les patients de l'USLD, les médicaments per os sont insérés dans un sachet individuel par molécule par prise avec identification du patient, s'ils sont en conditionnement unitaire. Dans le cas contraire, un surconditionnement est effectué. Les médicaments qui doivent être écrasés peuvent l'être dans le sachet de conditionnement sans perte d'informations. Ces supports au conditionnement sont robotisés. Pour les patients du SMR, les molécules sont délivrées pour la semaine dans un casier nominatif, et les piluliers quotidiens sont reconstitués par les IDE la nuit. L'administration et la non administration (avec le motif) sont tracées dans le DPI. Concernant la maîtrise de l'utilisation des médicaments à risque, il existe une liste de ceux-ci qui est recensée dans la GED, mise à jour et adaptée aux besoins des patients de l'établissement. Il est à noter que les morphiniques ne sont pas identifiés à l'EPDS dans la liste des médicaments à risque, bien qu'ils y disposent d'un circuit totalement dédié (prescription, dispensation, transport, stockage, administration et surveillance). Le médicament à risque est identifié lors de la prescription par une note dans le descriptif, puis à la PUI par un pictogramme qui se retrouve ensuite sur les conditionnements des médicaments à risque. Une procédure décrit le circuit des médicaments à risque, des flyers dédiés par catégorie sont également disponibles pour les professionnels. Lors de la visite, il a été observé que des insulines n'étaient pas stockées dans des bacs dédiés par dosage et par molécule. Par ailleurs, un stylo à insuline rangé dans un casier nominatif ne comportait pas de date de sortie en air ambiant. De plus, l'étiquette « médicament à risque » apposée sur les capuchons de stylos conservés au froid ne restait pas correctement en place. Le relevé quotidien des températures dans les enceintes réfrigérées des postes de soins et de la PUI ne permet pas de garantir la continuité de la température entre 2 et 8°, ni d'opérer une alerte automatique en cas de rupture de la chaîne du froid. L'ensemble de ces observations a fait l'objet d'une réactivité immédiate de la part de l'établissement, en modifiant les rangements dans les frigidaires des services, en les dotant de sondes, en dotant les frigidaires de la PUI de sondes et alarmes en attendant l'arrivée d'enceintes réfrigérées professionnelles et en actualisant la procédure affichée ensuite sur les frigidaires des services. En matière de stockage des produits de santé, une dotation de médicaments existe dans chaque service, et permet de répondre aux modifications de traitement lors des périodes de permanence des soins. Si la molécule n'y est pas disponible et en dehors de la présence de la pharmacienne (ou de son remplaçant), une armoire d'urgence est présente pour l'établissement en dehors des dotations de chaque service et disponible 24/24 heures 7/7 jours par les IDE de chaque service. En sus, une procédure permet de faire appel au CHR de Metz car l'établissement ne dispose pas d'une astreinte pharmaceutique. Il n'est pas observé de produits périmés, le suivi des péremptions étant effectué tous les quinze jours par les IDE. Les modalités de transport sont adaptées et sécurisées pour les stupéfiants. Il n'a pas été présenté de cahier recensant les signatures des praticiens et des IDE à la PUI. Par ailleurs, il a été observé en visite un stockage non conforme dans un coffre à toxiques, avec des morphines non séparées en dosage et forme dans le coffre de dotation des stupéfiants USLD mais dans leur boîte d'origine, ainsi qu'une molécule qui n'était pas dans la liste des stupéfiants. Des ampoules vides étaient présentes dans un sachet mis ensuite dans le sachet des ampoules de morphines en boîte cartons dans le coffre habituel. Par ailleurs, un casier du chariot de soins comportait différentes molécules non à risque, non séparées par des séparateurs, casier qui a été éliminé directement en visite. Un bilan thérapeutique est réalisé par la pharmacienne et inséré dans le courrier de sortie. Le stockage des DMI est effectué dans des salles propres identifiées avec des audits réguliers. Les équipes de soins respectent les pré requis de l'hygiène à l'hôpital et privilégient le SHA. Des professionnels sont rencontrés avec présences de bijoux ou de manches longues, qui sont rectifiées en cours de visite. L'environnement du patient est propre, les professionnels ne portent pas le masque en collier (port du

masque obligatoire dans les services de soins et les circulations pendant la visite). Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates. La dépendance iatrogène est recherchée et surveillée de manière régulière et permettant l'adaptation du projet de soin par l'intermédiaire d'un score adapté, avec évaluation par les médecins de la iatrogénie médicamenteuse, reprise dans leurs observations. Les vaccins obligatoires sont connus. Le taux de vaccination est connu, il est inférieur à la moyenne nationale et ne décompte pas les professionnels vaccinés hors de l'établissement. Il n'est pas réalisé de revue et de recherche des freins à la vaccination. Le patient est informé des doses reçues par la remise des courriers des examens radiologiques, lors de sa sortie (ceci n'est pas tracé dans le DPI). Il n'est pas informé du risque pour sa santé. Le transport intrahospitalier des patients est effectué si besoin par les animatrices en USLD pour aller en animation mais les patients y vont s'ils sont autonomes sinon, une animation proposée en chambre. En SMR, la salle de rééducation est accessible par les patients qui disposent de la marche, sous surveillance des équipes, à défaut le kinésithérapeute ou l'IDE les y emmène. Une Evaluation des Pratiques Professionnelles a été réalisée sur l'antibiothérapie avec des mesures mises en place non réévaluées pour le moment car mise en place trop récente. Cette EPP n'est pas connue des professionnels, qui ne citent pas d'évaluation des pratiques professionnelles relatives à leurs résultats cliniques. De nouveaux EPP ont été formalisés pendant la visite et vont faire l'objet d'un travail en équipe mené par le médecin chef du SSR, par exemple sur la création d'une check list de sortie, ou sur l'évaluation de la pertinence de la sortie, au regard d'un retour précoce d'un patient après sa sortie du SMR. Les équipes n'utilisent pas les informations liées à la satisfaction patients et à l'expérience patients pour améliorer leurs pratiques, bien qu'il existe un questionnaire de satisfaction qui est remis au patient avant sa sortie. Les équipes ne connaissent pas e-satis. Autour des IQSS qui les concernent, les équipes ont présenté quelques actions d'amélioration. Cependant, les équipes ne participent pas à des revues régulières des IQSS. Il existe des déclarations d'EI (en augmentation, 31 en 2023 et 76 en 2024), par exemple autour des chutes, de matériel défectueux ou de la température des plats. Un plan d'actions a été construit autour de ce dernier sujet. Les FEI sont analysées intégralement, parfois avec délai (délai moyen de traitement = 153 jours). Les équipes ne mettent pas en oeuvre systématiquement des actions d'amélioration au vu des délais. Les CREX sont analysées par la méthode ORION. Il n'existe pas de CREX portant sur des presque-accidents. Il n'y a pas eu de déclaration sur le site de l'ARS car pas d'évènements graves. Concernant les examens de laboratoire, au titre de la convention de l'établissement avec un prestataire, une revue annuelle est organisée à l'initiative de ce dernier, qui met à plat les sujets de la qualité des prélèvements dont la restitution des résultats et les éventuels EI. Les délais de rendez-vous et de retour des comptes rendus des examens d'imagerie médicale sont partiellement respectés et le médecin a priorisé les centres de radiologie en fonction des délais d'obtention de rendez-vous et de sa présence dans un autre établissement (CHR de Metz). Des créneaux y sont réservés au planning pour les patients de l'EPDS. Les comptes rendus sont restitués via une solution informatique dédiée, ou sont accessibles sur une plateforme.

Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement participe quotidiennement au ROR (hors WE), ainsi qu'à deux autres modalités de recueil des lits disponibles, l'un organisé par l'ARS Grand Est (QUALYOS), l'autre par le CHR de Metz-Thionville. En tant que membre d'un GHT, et maintenant en direction commune avec le CHR de Metz-Thionville, établissement support du GHT, l'établissement est inséré dans un réseau de partenariats qui structurent sa place dans une filière essentiellement gériatrique. Il est également en lien avec la CPTS, de façon très récente et les services sont intégrés au pôle inter-établissements. Il existe un accès à des téléconsultations en dermatologie, infectiologie, pneumologie, la mise en place d'une structure inter équipes d'hygiène ou l'accès à de l'imagerie du CHR en direct sur des créneaux dédiés. Des admissions directes sont organisées pour éviter le passage par les urgences par l'intermédiaire des relais de recours en télémedecine, et équipes mobiles, le réseau de spécialistes en présentiel si nécessaire, ou le retour vers des services hospitaliers d'origine si nécessaire. Inséré dans la gestion territoriale des lits, l'établissement participe à l'anticipation des situations de tensions saisonnières notamment en ajustant à la hausse le nombre de lits de SMR disponibles. En matière de communication, l'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de sortie et insère dans le PAQSS les actions d'amélioration nécessaires. L'établissement, bien que ne disposant pas de site internet, est joignable 24/24 et 7/7 par les familles, les usagers et les professionnels de santé, par téléphone via le standard. L'établissement n'utilise pas le DMP. En ce qui concerne la recherche clinique, l'établissement n'a pas procédé au repérage des professionnels susceptibles de s'investir dans ce domaine. Le recueil de la satisfaction repose sur des questionnaires internes adaptés selon le service, les familles des patients qui sont âgés renseignant peu e-satis, cet outil n'étant donc pas exploité et non connu des équipes en SMR (les adresses mails des familles sont collectées au service des admissions et transmises tous les mois à la Qualité). Les questionnaires sont analysés et présentés en CDU. En matière d'expérience patient, l'établissement n'a pas mis en place d'outils et ne fait pas appel à l'expertise des patients. Au travers d'outils tels que la formation (formation à la communication avec le patient), ou le livret d'accueil des nouveaux arrivants (avec des mentions succinctes), l'établissement favorise la communication avec les patients grâce au livret d'accueil, mais il n'existe pas de livret en FALC. En revanche, des ardoises effaçables sont apportées dans des chambres par les IDE en cas de difficulté de communication. Les plaintes et réclamations sont présentées lors du point qualité des CME. L'analyse des réclamations, des FEI ou les conclusions des audits patients traceurs viennent nourrir le PAQSS. L'identification des professionnels par catégorie est en cours d'évolution. L'établissement ne dispose pas de médiateur, la personne nommée étant absente depuis plus d'un an. Une évaluation de l'impact à chaud et à froid des formations, ici, des formations aux bonnes pratiques, est mis en place pour s'assurer de leur impact sur les professionnels. En matière de bientraitance, l'établissement dispose d'une charte et a sensibilisé les professionnels notamment via une formation en 2024. Lors de l'arrivée d'un nouvel arrivant, ce dernier signe obligatoirement une charte de bientraitance. Plusieurs risques sont identifiés, tels que l'agressivité des patients ou des familles, la vétusté des locaux, l'organisation du travail ou encore, le sentiment d'isolement des patients. Des actions sont entreprises au regard de ces risques, telles que les travaux en cours dans les locaux d'EHPAD, la réorganisation des animations en USLD ou un travail à venir sur l'harmonisation des horaires. Les bonnes pratiques sont diffusées. Il n'existe pas de recueil via PMSI des situations de maltraitance qu'auraient subi les patients. Le bilan de l'assistante sociale permet de dénombrer les situations à risque identifiées. Une information a été effectuée par la Gendarmerie vis à vis de certains professionnels pour les sensibiliser à l'identification des maltraitements et rappeler les outils à disposition, les autres professionnels en bénéficieront par la suite. L'accès des patients à leur dossier est organisé par une procédure mise à jour, les délais sont suivis et l'ensemble est présenté en CDU. L'établissement est accessible aux personnes en situation de

handicap, mais n'est pas aménagé pour être accessible à toutes les formes de handicap. Dans l'établissement, il n'existe pas de démarche visant à favoriser l'inclusion des patients dans des essais cliniques. En revanche, les praticiens disposent d'une liste des centres de référence pour les pathologies rares. A l'EPDS de Gorze, il existe une CDU qui comporte un représentant des usagers agréé par l'ARS. Une association l'ACCOMPAGNEMENT intervient depuis de longues années auprès des patients, dont le président a demandé à être reconnu en tant que RU. La commission des usagers s'est réunie à trois reprises en 2024. Les IQSS y sont présentés, ainsi que les plaintes et réclamations. Les RU n'interviennent pas auprès des patients mais l'association sus-citée est présente en concertation avec les équipes de soins, qui identifient des patients requérants et orientent les bénévoles. Les RU ne sont pas concertés pour les projets d'amélioration de la vie quotidienne mais ont proposé l'ouverture d'un salon des familles en SMR, n'ont pas établi de projet des usagers et ne participent pas à la réflexion éthique de l'établissement. En revanche, les RU ont apporté des améliorations au livret d'accueil, et mis en place une plaquette destinée aux patients du SMR revenant au domicile (guide de sortie). La politique qualité est fondée notamment sur l'analyse des IQSS, des FEI, des CREX et de la cartographie ANAP sur le circuit du médicament. Afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels à la qualité, une rencontre a été organisée par la Direction, afin d'expliquer comment la qualité viendrait en sécurisation des pratiques. La pharmacienne développe la pharmacie clinique afin d'améliorer la sécurisation des traitements et rencontre les patients à cet effet. Un comité qualité se réunit quatre fois par an pour valider les procédures et les points qualité, et préparer la certification. Il regroupe le Directeur délégué, la coordinatrice des soins, la PCME, les cadres, les responsables des directions fonctionnelles, la responsable qualité et les RU le cas échéant. Une cadre a été nommée il y a deux mois en détachement du CHR de Metz pour assurer la coordination des cadres dans l'établissement. Une journée de la dénutrition a été organisée, ainsi qu'une journée de la sécurité patients. Des professionnels peuvent citer des actions du PAQSS en lien avec leurs activités et certains sont force de proposition pour de nouvelles actions, telles que l'organisation des médicaments d'urgence pour les WE ou la check list d'admission dans le dossier d'entrée. Ils ont connaissance de l'enquête qualité/sécurité des soins. Ils ont pris part à la semaine sécurité patients. Un questionnaire d'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins a été administré fin 2024 et de nombreux questionnaires ont été retournés et sont à analyser. En matière de gestion des ressources humaines, il existe des ajustements au regard de l'activité mais pas de dispositif structuré. Les remplacements sont proposés en interne, ou à des personnes bénéficiant de contrats cumul emploi-retraite, ou à des étudiants, ou via Hublo, ou en intérim en dernier recours (essentiellement pour les WE et astreintes). Afin que les personnels remplaçants ne soient pas en difficulté, il est apportée une vigilance particulière, de la part de l'encadrement ou même des équipes pour ne pas laisser des personnes remplaçants sans personnel permanent dans l'équipe. Quelques responsables ont bénéficié d'une formation au management, certains professionnels sont formés au tutorat. Les praticiens ne se sont pas vu proposer cette formation. Il existe dorénavant une réunion d'encadrement soignant, des entretiens professionnels annuels et un comité de direction. Une réflexion s'amorce en faveur de la mise en place de mentorat. L'organisation du temps de travail permet le travail d'équipe, avec des temps de transmission matin et soir. Cette organisation permet également une synchronisation du temps médical avec le temps soignant, ces derniers étant présents du matin au soir. En période de permanence des soins, les praticiens sont joignables sur astreinte, à hauteur de leur temps de disponibilité. Au-delà, le Centre 15 est sollicité pour tout conseil médical. Il n'existe pas dans l'établissement de démarche de type team building, d'escape Game. Il n'existe pas de sensibilisation au travail en équipe. Les professionnels peuvent bénéficier de formations. En promotion professionnelle, 3 ASH sont en cours de formation pour devenir ASD, et 2 ASD pour devenir IDE. Une préparatrice est également issue de la promotion professionnelle. Des entretiens annuels sont organisés au regard des fiches métiers sur le logiciel de gestion de la formation et permettent de prévoir le parcours de formation de l'agent. Concernant les praticiens, ils bénéficient de formation dans le cadre de la formation médicale, à hauteur d'une formation par an, et a minima d'une formation tous les trois ans. Une évaluation de chaque formation est proposée aux bénéficiaires, à l'issue de la formation et à distance de 6 mois (ce volet est en cours de déploiement), selon des outils validés entre DRH, DSI et direction de la qualité. La

relance du comité d'éthique sur site a été impulsée, avec une personne formée en 2023 au questionnement éthique (responsable qualité) et un praticien sensibilisé. Le comité d'éthique ne compte pas de représentant des usagers. Celui-ci est connu par certains soignants mais ces derniers ne connaissent pas concrètement les modalités de saisine. Une boîte aux lettres est toutefois présente et connue. Le retour des questionnements éthiques discutés par le comité d'éthique du CHR Metz, référent de l'EPDS, n'est pas connu et partagé. Il existe dans l'établissement une politique sociale, issue initialement d'un baromètre social réalisé en 2023. Un organisme d'audit a été missionné pour mettre en forme les actions les plus marquantes. Des groupes de travail ont été mis en place, autour de quelques thématiques (accueil du nouvel arrivant, accompagnement du travailleur en situation de handicap, télétravail...). Le plan d'action a été présenté en CSE. Une enquête sur les RPS a été mise en forme mais n'est pas encore administrée. En matière de QVCT, la convivialité est à l'ordre du jour avec une soirée du personnel, ainsi que la santé physique, avec l'accès à une salle de sports et à une salle de relaxation. Un service de santé au travail est présent 2 à 3 fois par mois. L'établissement dispose d'un accord local sur le temps de travail. Il existe des espaces temps de discussion collective, par exemple au service technique les matins, pour échanger autour de l'organisation du travail. Une plateforme téléphonique d'appel est à disposition pour les besoins en soutien psychologique. En cas de difficultés interpersonnelles, il peut être fait appel au médecin du travail. Une cellule de médiation est en cours de structuration, qui peut être saisie dans un dispositif gradué impliquant en première intention l'encadrement immédiat. Ensuite, le directeur délégué devient pivot de la médiation. Dans ces situations, un plan de suivi est mis en place avec un rendez-vous de suivi dans un délai court. Il est à noter également la présence d'actions de formation sur la gestion des conflits et la communication bienveillante, ainsi que la possibilité d'un tutorat pour les nouveaux managers par des cadres expérimentés. Toutefois, les professionnels ne connaissent pas la possibilité de recours à un médiateur externe.

3.6 L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. Le Plan Blanc et le Plan Bleu ont été mis à jour en 2024, en cohérence avec la classification ORSAN des établissements de santé, et décrivent l'organisation de la cellule de crise. Des aménagements concernant l'accueil de patients à risque de transmission d'agents infectieux sont organisés et un local « plan blanc » recensant les matériels dédiés listés en annexe fait l'objet d'un contrôle régulier. La mobilisation des ressources supplémentaires est coordonnée avec les acteurs du territoire, notamment au travers de la Direction commune et le pôle inter établissement (qui a conduit récemment à l'ouverture de deux lits supplémentaires). Une réunion flash est organisée chaque jour avec l'ARS. Concernant le plan de gestion des SSE, les professionnels n'ont pas identifié leur participation à son élaboration. Ils connaissent les modalités d'alerte et de mise en œuvre. L'établissement ne réalise pas annuellement d'exercice de mise en situation SSE. L'établissement a participé à un RETEX sur la gestion COVID. Il existe dans l'établissement des PCA et PRA qui sont connus des professionnels, certains connaissent la conduite à tenir en cas d'attaque. Le plan d'arrêt de l'activité est connu avec des dossiers papier en back up et la sortie quotidienne du plan de prescription. La conservation des documents patients sur le poste de travail des soins de support n'est pas maîtrisée. Un flyer sur la sécurité numérique existe et est disponible dans les lieux de rencontres d'équipes. Toutefois, le service informatique n'est pas présent sur l'organigramme et, en cas d'absence de l'informaticien, son relais n'est pas identifié de manière formelle. Un Plan de Sécurisation de l'Etablissement est effectué et comporte un descriptif des réponses organisées vis à vis des principaux risques. Le site est sécurisé, qu'il s'agisse des patients ou des professionnels. En cas de besoin concernant la sécurité des patients et des professionnels, ces derniers font appel au cadre, ou au PC sécurité. La chambre du patient est sécurisée en son absence. Le circuit des déchets est conforme et permet le tri des déchets (16 filières identifiées). Une référente développement durable est identifiée et prend part au COPIL impulsé, dans une dynamique territoriale, par le CHR. Un audit a permis de prioriser les axes du plan d'action du CHR et de l'établissement. Plusieurs audits permettent de faire le point sur l'état des lieux en matière de déchets (DASRI, tri). Les valeurs de transparence et d'équité sont le socle du volet social du plan de développement durable. La démarche est également à l'impulsion de la réflexion sur des éco-soins. L'ensemble des professionnels connaît le numéro d'urgences. Les chariots d'urgences sont contrôlés une fois par mois, leur vérification est tracée dans un

registre qui comporte également les utilisations ; Cependant, il n'existe pas de revue de pertinence de l'ouverture, du remplacement des produits manquants. Il est constaté des ouvertures du chariot et fermetures sur chariot incomplet, pour ensuite le rouvrir afin de le compléter (gestion des périmés ou des produits pris par manque dans la dotation). Ce sujet a fait l'objet d'une modification de procédure en cours de visite. Chaque fermeture ne s'entend pas avec la vérification complète du chariot. A J1, le rangement du plateau supérieur du chariot d'urgences n'est pas conforme aux conditions de bonne utilisation avec un encombrement du plateau et des matériels non sécurisés à risque de chute. Ce point est corrigé lors de la visite, à J2. En matière d'urgence vitale, les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence. Le numéro d'urgences vitales est connu de tous les professionnels. Des actions sont identifiées dans le PAQSS. Les professionnels ne réalisent pas d'exercice de simulation de situation d'urgence vitale, ni d'analyse des actions effectuées, ni de retour d'expérience sur une prise en charge d'une urgence vitale réelle dans l'établissement. Une IDE est formée à la formation aux urgences vitales. Un audit a été effectué en novembre 2024 sur cette thématique. En matière de sécurité numérique, l'identifiant personnel renouvelé tous les 6 mois avec l'envoi de messages pour le renouvellement. Cependant, les professionnels ne se connectent pas au poste de travail via un MDP et un identifiant personnels (bureau partagé dans les services). Il existe une double authentification pour les personnels travaillant de l'extérieur (médecin, psychologue, assistante sociale, administratifs d'astreinte) La politique qualité est formalisée et a été validée en instances. Un comité qualité est en place, qui se réunit 4 fois par an. Les professionnels prennent part à l'élaboration des protocoles, par exemple protocole de prise en charge de la douleur, protocoles qui reprennent les recommandations de bonnes pratiques diffusées par la CME et la PUI, ainsi que la CSIRMT, et qui sont disponible sur la GED. La veille documentaire est assurée par chaque responsable de secteur (DRH, qualité, PUI, EOH) et la diffusion repose en particulier sur le secrétariat de direction. Cependant, il n'est pas présenté de revue de pertinences des admissions et des refus d'admission, de taux de réhospitalisations à 48 ou 72 heures. Un cas récent a fait l'objet d'une étude sur la construction d'une grille de sortie -en cours d'élaboration et d'évaluation- pour l'adaptation à chaque patient sortant de SMR et ou USLD quel que soit le projet de sortie. Les objectifs d'amélioration de la qualité sont définis, notamment au travers de la politique qualité, et font l'objet d'un détail dans le PAQSS. Celui-ci émane de différentes sources, audits, CREX, plan de développement durable, mais ne prend pas en compte d'expérience patients. Les IQSS sont suivis et font l'objet d'une diffusion dans l'établissement, notamment au travers de la CME et de la CSIRMT. Seul, l'indicateur de satisfaction e-satis n'est pas renseigné mais des actions sont en place dans le PAQSS. Certains soignants ont connaissance de la CDU et des actions qu'elle a mises en place, le dernier rapport de la CDU est affiché dans le hall d'entrée de l'établissement. Des actions d'amélioration basées sur les résultats des IQSS sont connues et quelques actions ont pu être décrites, sur le SHA et le positionnement des pompes à SHA, la prise en charge de la douleur et des actions menées sur la connaissance des échelles douleurs, la prescription des « si besoins » et des réévaluations tracées dans les dossiers, actions qui ne sont pas recensées dans le PAQSS. Les EI associés aux soins font l'objet de déclarations, en nombre croissant ces dernières années, au travers de la GED. Ce circuit est connu des professionnels ainsi que la charte de non punition. Il existe des CREX dans l'établissement, selon la méthode ORION. Aucun EI n'a donné lieu à une déclaration sur le portail ARS. Les professionnels n'effectuent pas de déclaration de presqu'accident.

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	570011387	ETS PUBLIC DEPARTEMENTAL DE SANTE	163 rue de la meuse 57680 Gorze FRANCE
Établissement principal	570012369	CENTRE HOSPITALIER DE GORZE	163 rue de la meuse 57680 Gorze FRANCE
Établissement géographique	570001867	CENTRE HOSPITALIER DE GORZE-SLD	163 rue de la meuse 57680 Gorze 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	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	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	Audit système	QVT & Travail en équipe		
2	Audit système	Dynamique d'amélioration		
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
4	Audit système	Leadership		
5	Audit système	Représentants des usagers		
6	Patient traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
7	Audit système	Maitrise des risques		
8	Audit système	QVT & Travail en équipe		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		ATB PO/IV
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Mdt à risque PO/ IV
11	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
12	Audit système	Engagement patient		

13	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des évènements indésirables graves
14	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
15	Audit système	Coordination territoriale		
16	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Parcours traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Programmé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Tout l'établissement</p>	
19	Audit système	Dynamique d'amélioration		
20	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Tout l'établissement</p>	
21	Audit système	Leadership		
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p>	

23			Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
25	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des produits sanguins labiles
26	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
27	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
28	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
29	Audit système	Représentants des usagers		
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
33	Audit système	Risques numériques - Professionnels		

34	Audit système	Maitrise des risques		
35	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
36	Audit système	Engagement patient		
37	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
38	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
39	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
40	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
41	Audit système	Coordination territoriale		
42	Audit système	Entretien Professionnel		
43	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
44	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé	

			Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
--	--	--	--	--

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

