



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER DE LORQUIN

5 rue du general de gaulle

Bp 1

57790 Lorquin



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
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 certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE LORQUIN	
Adresse	5 rue du general de gaulle Bp 1 57790 Lorquin FRANCE
Département / Région	Moselle / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	570000133	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LORQUIN	5 RUE DU GENERAL DE GAULLE 57790 Lorquin FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

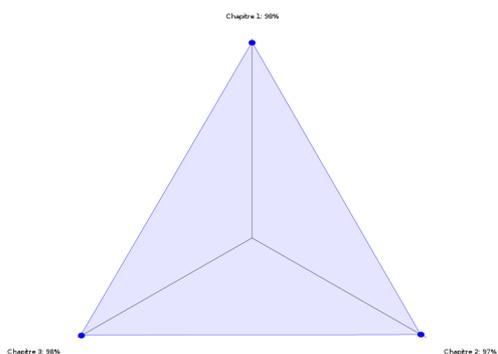
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
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
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

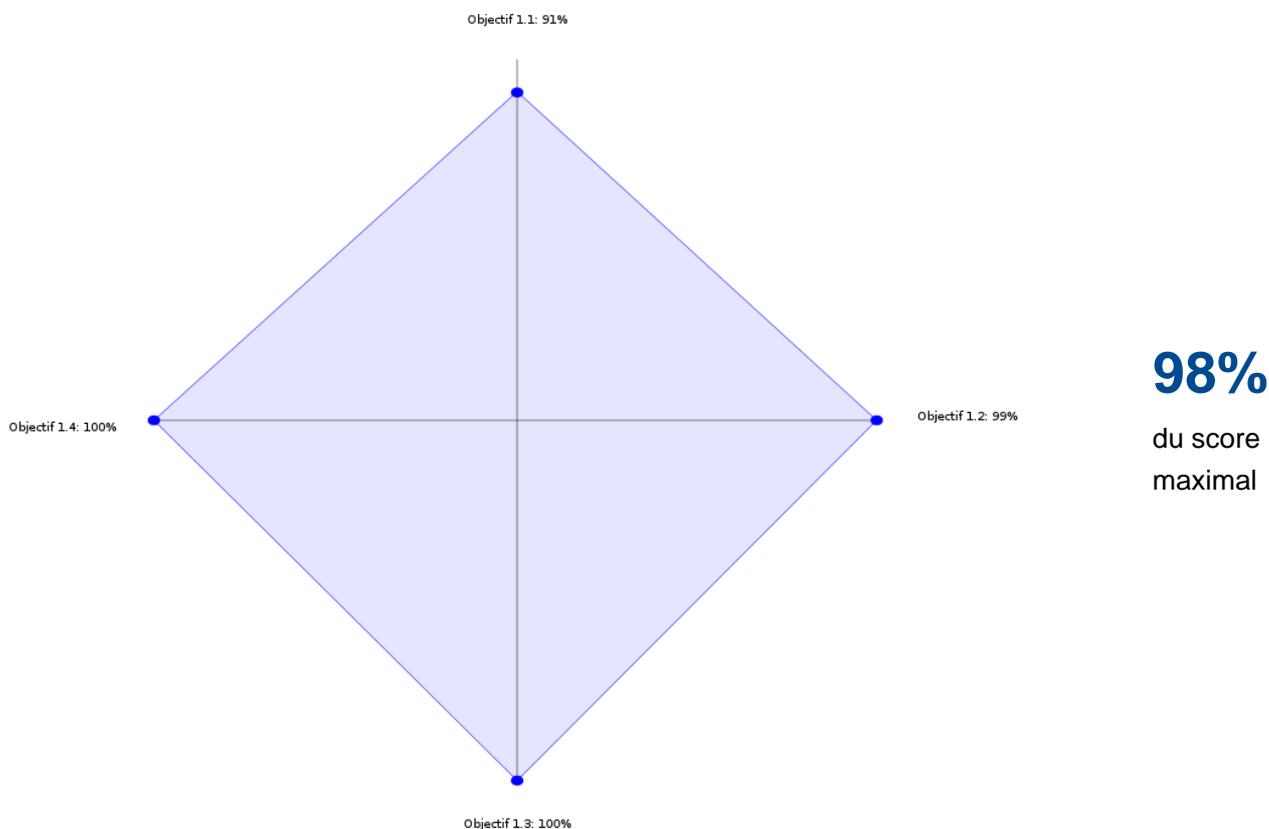
Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



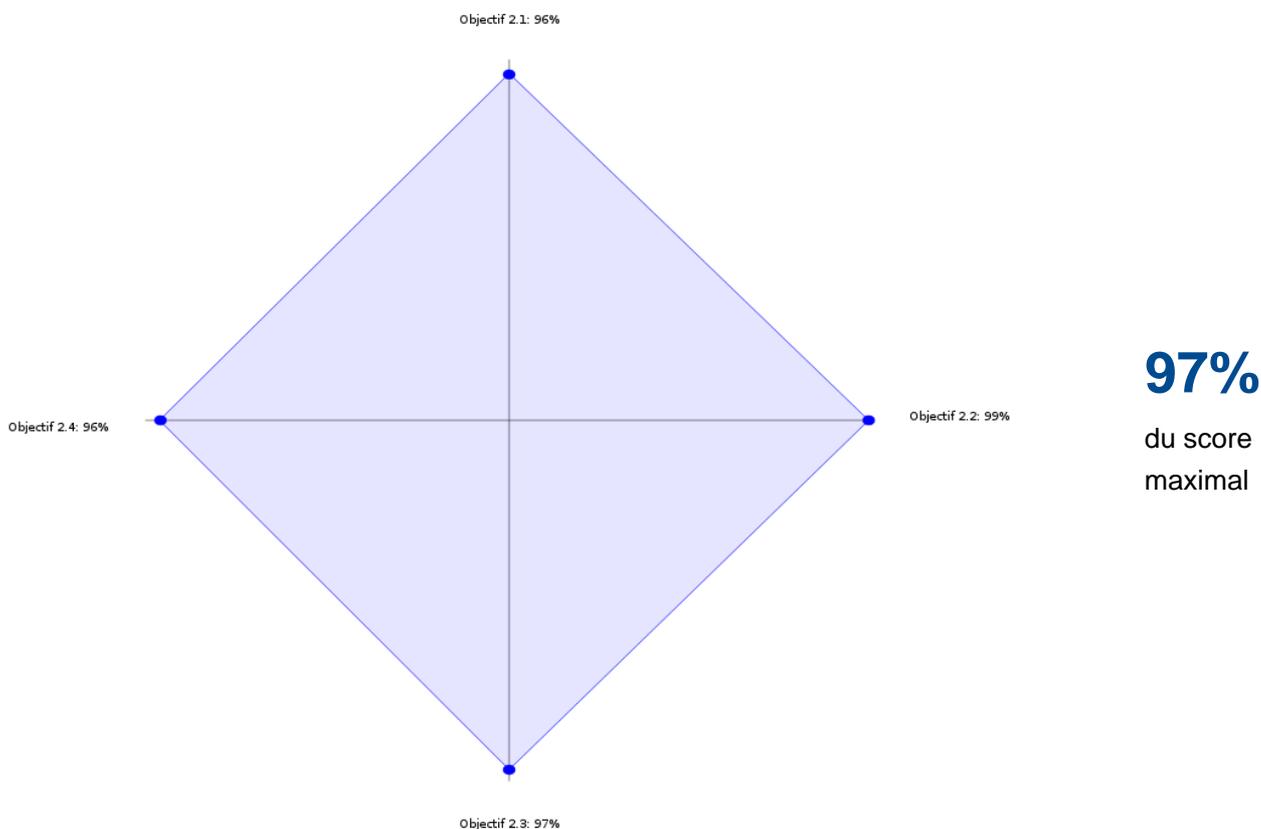
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le livret d'accueil remis au patient lors de son admission en hospitalisation complète apporte des informations complémentaires à celles qui lui sont données par les médecins et les soignants sur les modalités de sa prise en charge. Elles permettent d'éclairer ses droits et devoirs, et son consentement aux soins dans le cadre d'une réflexion partagée bénéfique à risque. Pour les patients hospitalisés sans consentement les professionnels sont mobilisés pour accompagner le patient vers une acceptation des soins dans la perspective d'une levée de la mesure. D'autres dispositions sont mises en œuvre dans les structures ambulatoires où la consultation du livret d'accueil sur site se complète de la remise de flyers d'information adaptés à leur fonctionnement. Cependant pour ces dernières la remise d'un document spécifique à l'ambulatorie sur la conduite à tenir lors de l'éventuelle survenue d'événements indésirables n'est pas effective. Les différentes chartes relatives au droit des patients

et celles portant des messages de santé publique sont largement présentes dans toutes les unités.

L'information donnée au patient est ajustée à son profil, qu'il soit adulte, âgé, sous main de justice ou encore mineur. Il est sollicité pour recueillir son avis et son expérience sur sa prise en charge. Un encart dans le livret d'accueil décrit les droits et possibilité de recours des patients hospitalisés sans consentement. La liste des avocats du territoire est affichée dans les unités d'hospitalisation complète. L'information du patient sur les directives anticipées n'est pas toujours relayée par les professionnels. La représentation des usagers ou encore les conditions de la consultation et de l'alimentation du dossier médical partagé (DMP), « Mon espace santé » de la sécurisation des échanges par messagerie sont inégalement connus des patients. Les conditions d'accueil ou d'hébergement au sein de l'établissement garantissent le respect de la dignité et de l'intimité du patient. Cependant une chambre d'isolement ne dispose pas encore d'accès à une douche dans l'espace sécurisé. Un plan de mise en conformité, de réalisation prochaine, a été présenté en visite. En hospitalisation complète un système de badge permet la liberté de circulation des patients en soins libres. L'environnement est adapté au patient mineur accueilli dans les structures ambulatoires. Des dispositions complémentaires sont prises pour assurer leur sécurité dans les rares situations où de grands adolescents doivent être admis en unité adulte. Les conditions du maintien de l'autonomie des patients âgés ou en situation de handicap sont assurées. Dans tous les secteurs d'activité une attention est portée à l'évaluation de la douleur et à sa réévaluation dans le cadre d'un protocole de prise en charge défini. Les patients rencontrés en visite ont témoigné du respect de la confidentialité des échanges avec les professionnels. Cela a pu être observé lors des déplacements des experts visiteurs dans l'établissement. Les professionnels sont attentifs à mobiliser l'engagement des proches et des aidants dans la mise en œuvre du projet de soins du patient dans le respect strict de son accord. Lorsque cela est nécessaire les professionnels facilitent leur présence au-delà des périodes de visite déjà définies. Les conditions de précarité ou encore celles de vulnérabilité liées à l'âge, au handicap, au statut sous main de justice ou encore celles de l'enfant sont prises en compte de manière adaptée aux patients pour la mise en œuvre du projet de soins et la préparation de la sortie. Celle d'un patient détenu pris en charge au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) peut trouver un prolongement ambulatoire plus particulièrement adapté à sa situation lors de sa sortie de détention. De manière générales les assistants de service sociaux peuvent apporter leur expertise tant auprès des patients que des professionnels.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

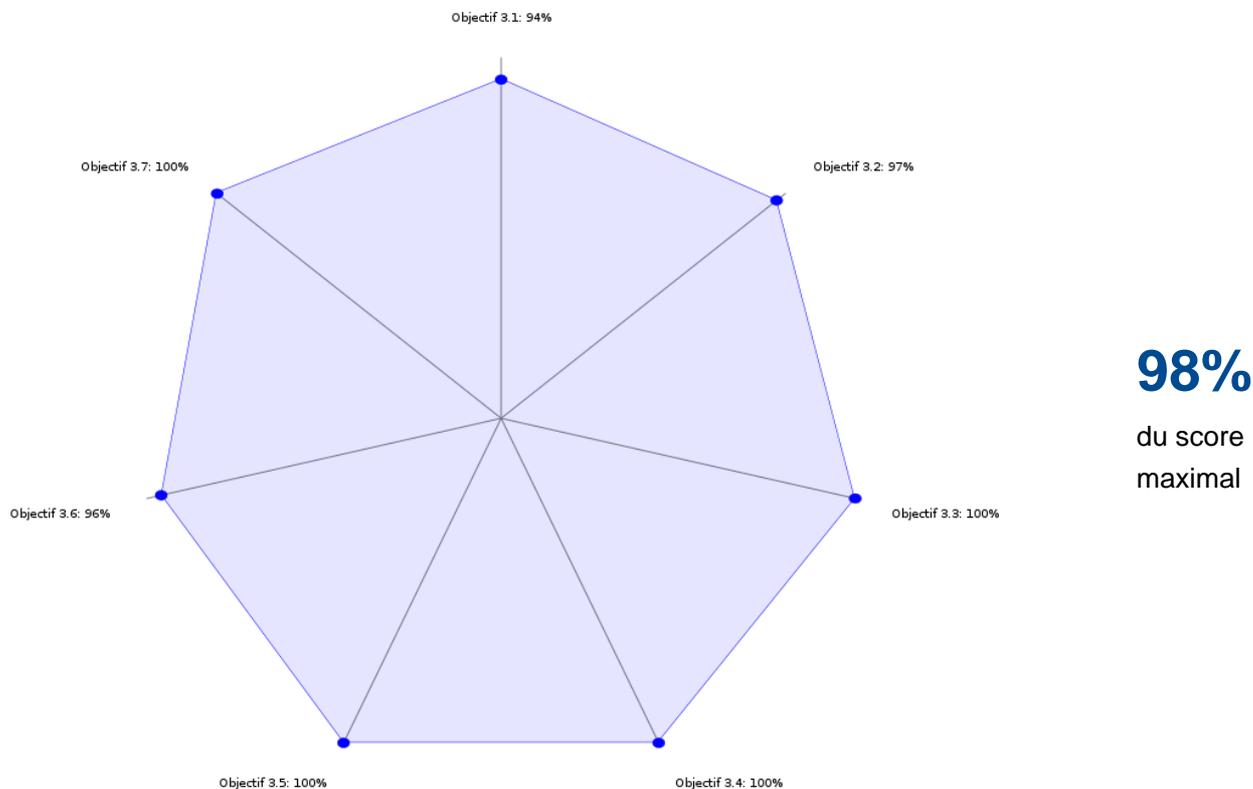


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	96%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

Les professionnels peuvent s'appuyer au quotidien sur les protocoles de prise en charge qui ont été définis. Ainsi pour les enfants admis en hôpital de jour une période initiale permet d'ajuster le projet de soins à leurs besoins ainsi que tout au long de leur prise en charge avec des points de situation régulièrement formalisés. Cette démarche se retrouve également dans les secteurs adultes. Au sein du SMPR cette évaluation est adaptée aux enjeux de prise en charge de patients en détention. En service adulte les mesures éventuelles d'isolement et de contention sont prises dans le respect des bonnes pratiques cliniques de prescription, de réévaluation et de surveillance, ainsi que celui des dispositions légales. Les autres mesures éventuelles de restriction de liberté font l'objet d'une même attention. La prescription des antibiotiques est encadrée par des dispositions d'aide aux prescripteurs, d'accès à un référent interne voire externe si besoin. Sa réévaluation est

suivie régulièrement pour mobiliser les prescripteurs vers l'objectif à atteindre. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux dans les différentes réunions cliniques, le déploiement généralisé sur l'ensemble des structures du système d'information (SI) support du Dossier Patient Informatisé (DPI) permet un large partage de l'information tracée par l'ensemble des professionnels même si l'accès au Dossier Médical Partagé (DMP) n'est pas généralisé. La prescription des produits de santé se fait exclusivement dans le DPI. La dispensation pharmaceutique est sécurisée à toutes ses étapes, tant pour ce qui relève de l'approvisionnement, de la sérialisation, du stockage et de la sécurisation du transport des produits de santé vers les unités. Les avis pharmaceutiques issus de l'analyse des pharmaciens sont suivis par les praticiens. La priorisation des secteurs où se déploiera la conciliation médicamenteuse a été définie. Les équipes de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie adulte sont coordonnées pour assurer la prise en charge des adolescents lors de leur transition vers l'âge adulte. La prise en charge somatique des patients est assurée dans les délais conformes aux attendus à leur admission et tout au long de leur prise en charge en hospitalisation complète. En ambulatoire les délais d'accès aux soins sont évalués. Des créneaux réservés à l'accueil en urgence sont définis en anticipation de la réponse éventuelle à des besoins urgents identifiés. Les liens sont établis avec les médecins généralistes. La lettre de liaison permet d'assurer les conditions de la continuité des soins. Les règles d'identitovigilance sont connues et respectées par les professionnels. La qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS) est centralisée au niveau du bureau des admissions. En complément des mesures de base de l'identitovigilance le bracelet d'identification est proposé au patient. Une photo d'identité est ajoutée au DPI dans le secteur des personnes âgées et des patients en séjour long avec leur accord. En complément du respect des bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments, la liste et les enjeux des médicaments à risque adaptés à chacun des secteurs d'activités de psychiatrie infanto-juvénile, de psychiatrie adulte et de géronto-psychiatrie sont connus des professionnels. Ils ont des pratiques conformes au respect des bonnes pratiques de précautions standard et complémentaires pour la prévention des infections associées aux soins. Mais ils ne sont pas tous informés de leur taux de consommation de solution hydroalcoolique. Ils sont soutenus dans leur démarche de prévention par un référent en hygiène hospitalière. Ils sont sensibilisés aux précautions relatives aux dispositifs médicaux invasifs (DMI). L'ensemble des locaux est maintenu dans un état de propreté remarquable. Les professionnels savent gérer les situations de violence. La réflexion sur le déploiement de plan partagé de prévention de la récurrence est établie. Elle n'a pas encore donné lieu à des plans formalisés avec des patients. Les conditions de transport des patients sont assurées auprès des patients de manière adaptée et sécurisée par une équipe dédiée formée. La démarche d'analyse des résultats cliniques n'est pas généralisée dans l'ensemble des secteurs de l'établissement. Le recueil de la satisfaction et de l'expérience patient est effectif de manière adaptée aux unités d'hospitalisation complète ou à celles ambulatoires. Cela permet de définir des plans d'action à mettre en œuvre. Ainsi la mise à disposition de badges permettant la libre circulation dans les unités d'hospitalisation complète des patients en soins libres a été décidée sous l'impulsion des représentants des usagers. Cependant la participation de ces derniers aux enquêtes de satisfaction n'est pas généralisée au sein de l'établissement. Par contre les professionnels connaissent les actions d'amélioration proposées par les Représentants des Usagers notamment en matière de politique d'accueil et de libertés individuelles ; Les professionnels sont informés régulièrement des résultats de leurs indicateurs de soins et font l'objet de revues régulières. Cela permet de définir des actions d'amélioration comme la prise en charge de la douleur, le suivi des troubles métaboliques ou d'autres encore. Les professionnels n'hésitent pas à déclarer les événements indésirables. Ils sont sensibilisés à la notion de « presque-accident ». Ils sont impliqués dans l'analyse des causes selon les modalités de bonnes pratiques de leurs évaluations.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	94%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'établissement est copilote du projet territorial de santé mentale (PTSM). Il participe au développement des Communautés Professionnelles de Territoire de Santé (CPTS). Il est présent dans les instances des Comité Locaux de Santé (CLS) et Comité Locaux de Santé Mentale (CLSM) de son territoire. Cela permet d'assurer la fluidité des parcours dans son territoire de responsabilité. Les articulations nécessaires avec les ressources du

champ médical et médico-social sont effectives. Un accent particulier est mis sur les relations avec les acteurs judiciaires pour un partage d'expérience au service du patient détenu dans le respect partagé du secret professionnel. L'organisation de l'équipe mobile de gériatrie ou encore celle de l'équipe mobile de soins de liaison du pôle infanto-juvénile rend compte, parmi d'autres, de la politique « d'aller vers » de l'établissement au plus près des besoins du patient. Les conditions de communication avec les différents partenaires, en particulier les médecins de ville, sont assurées. Le Centre Hospitalier (CH) de Lorquin vient d'intégrer un espace régional de mobilisation pour la recherche à l'initiative de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Des équipes désireuses de s'y engager sont identifiées. Les enjeux de valorisation de cette démarche ne sont pas encore assurés. La recherche de l'engagement patient est effective dans l'établissement où un pair-aidant est impliqué. Cela s'inscrit dans une démarche plus large de promotion de la bientraitance selon différents axes. L'identification des situations potentielles d'atteinte de la bientraitance, le résultat des enquêtes de satisfaction ou encore l'analyse des événements indésirables en sont les sources potentielles, parmi d'autres, de vigilance dans ce domaine. Cela se complète par des actions de repérage et de prise en charge des situations de maltraitance, de leur traçabilité dans le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI). Cela fait l'objet d'une analyse et d'une synthèse annuelle pour en dégager des plans d'action. L'établissement peut accueillir des patients en situation de handicap. Un référent handicap désigné au sein de l'établissement procure tous moyens humains et matériels pouvant améliorer l'accueil et la prise en soins des personnes vulnérables. Mais les conditions d'infrastructure ne permettent pas une accessibilité généralisée à l'ensemble des sites. Des programmes de réhabilitation sont en projets ainsi que des déménagements pour certaines structures pour améliorer ces conditions. L'accès du patient à son dossier médical est organisé. Les représentants des usagers sont associés à la vie de l'établissement tant pour son activité que ses projets. Ils ont élaboré un projet des usagers en lien avec la communauté médicale et soignante. Le management par la qualité et la sécurité des soins est au centre de la stratégie de l'établissement. Sa politique est déployée dans le cadre d'un Programme d'Amélioration de la Qualité et la Sécurité des Soins (PAQSS) régulièrement actualisé. Le déploiement de la démarche est porté par une équipe Qualité très engagée auprès des professionnels. Elle met à leur profit de nombreuses actions, relayées par des correspondants identifiés dans les unités. La sensibilisation et l'implication des professionnels des unités dans la démarche a pu être constaté lors de la visite. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins. Il s'appuie sur une évaluation régulière de la démarche. L'encadrement bénéficie d'accompagnement en interne dans sa démarche managériale pouvant se compléter de l'appui de ressources extérieures. La satisfaction des besoins en compétences pour l'activité est définie par un effectif cible. Des maquettes organisationnelles viennent compléter le dispositif de gestion des compétences. ressources humaines pour l'activité selon la définition des maquettes organisationnelles est assurée. Pour suppléer les absences un service infirmier de compensation et de suppléance interne est mobilisable ainsi que par appel à volontaires qui peuvent revenir en prenant sur leurs droits à congés annuels (CA) ou Récupération de Temps de Travail (RTT). La sensibilisation au travail en équipe est effective comme en témoigne l'importance accordée aux réunions cliniques pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles. Les professionnels ont accès à des formations en lien avec leurs activités. La présentation de vignettes cliniques au sein de certaines unités traduit l'intégration de cette démarche au quotidien, venant compléter, entre autres, les actions de sensibilisation et de formation sur le circuit du médicament ou encore la prise en charge des urgences vitales. Les professionnels rencontrés en visite ont pu rendre compte de leur questionnement éthique, de leur connaissance du Comité Local d'Éthique ainsi que de ses modalités de fonctionnement et d'animation au sein de l'établissement. Un recensement des questions éthiques pouvant s'y poser a été établi. Ils ont également recours à des structures régionales. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) a été définie en concertation avec les différentes instances professionnelles, en y intégrant une évaluation structurée. Elle se déploie dans des actions concrètes telles que la mise en place d'une conciergerie, le déploiement d'activités de sport au travail ou encore la mise à disposition d'un kinésithérapeute, d'un sophrologue, de séances de shiatsu, réflexologie, etc. Les professionnels, pour la résolution d'éventuels conflits inter-personnels, en connaissent les différentes modalités de mobilisation en

interne comme en externe. Une cellule opérationnelle de retour post événement peut être mobilisée (CORPE) auprès des professionnels après un événement difficile. Les enjeux des risques opérationnels auxquels peut être exposé l'établissement sont identifiés dans toutes leurs dimensions. Ils sont précisés dans un Plan Blanc actualisé. Un événement récent a été l'occasion de vérifier la mobilisation dans des délais très courts de la cellule de crise et la réactivité des professionnels. Des enseignements ont pu en être tirés, de même que ceux relevés dans les situations d'exercice réalisées régulièrement. Le plan de sécurisation de l'établissement a été établi avec l'appui de professionnels extérieurs experts dans ce domaine. Les secteurs les plus sensibles sont sous alarme. La mise en œuvre récente d'une chaufferie biomasse moderne reflète l'engagement ancien de l'établissement dans le développement durable. Il se décline très concrètement au plus près des professionnels depuis le tri sélectif jusqu'aux nombreuses actions de sensibilisation. Les moyens nécessaires à la prise en charge de l'urgence vitale sont déployés sur l'ensemble des structures de manière adaptée aux populations accueillies. Les professionnels sont formés et participent régulièrement à des exercices de simulation. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'expérience patient. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sont recueillis. Ils sont analysés et présentés dans les différentes instances de l'établissement, en lien avec les représentants des usagers. Ils sont largement diffusés auprès des professionnels et relayés par leur encadrement. La veille documentaire et sa diffusion auprès des professionnels sont assurées.

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	570000133	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LORQUIN	5 RUE DU GENERAL DE GAULLE 57790 Lorquin FRANCE
Établissement principal	570000885	CENTRE HOSPITALIER DE LORQUIN	5 rue du general de gaulle Bp 1 57790 Lorquin FRANCE
Établissement géographique	570023127	SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTE SAINT AVOLD	7 rue lemire 57500 Saint-Avold FRANCE
Établissement géographique	570014472	CMP/ HDJ/CATTP - SARREBOURG	4 Rue d'Auvergne 57400 Sarrebourg FRANCE
Établissement géographique	570014415	HOPITAL DE JOUR/CMP/ CATTP INFANTO JUVENILE SAINT-AVOLD	31 rue mangin 57500 Saint-Avold FRANCE
Établissement géographique	570014407	HOPITAL DE JOUR DE SAINT- AVOLD	41 boulevard de lorraine 57500 Saint-Avold
Établissement géographique	570012005	HOPITAL DE JOUR ADULTES - SARREBOURG	5 rue erckmann-chatrian 57400 Sarrebourg FRANCE
Établissement géographique	570011809	HOPITAL DE JOUR/CMP/ CATTP INFANTO JUVENILE DIEUZE	490 chemin royal 57260 Dieuze FRANCE
Établissement géographique	570011791	CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE ADULTE - TPS PARTIEL	13 avenue de france 57400 Sarrebourg FRANCE
Établissement géographique	570011783	HOPITAL DE JOUR POUR PERSONNES AGEES	Villa domptail 37 cours du 18/11/1944 57690 Crehange FRANCE
Établissement géographique	570002568	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE REGIONAL	32 rue Lothaire 57000 Metz FRANCE
Établissement géographique	570014522	CMP CATTP BOULAY	6 Rue des Imprimeurs 57220 Boulay-Moselle FRANCE
Établissement géographique	570014464	CMP CATTP ADULTES MORHANGE	15 rue poincare 57340 Morhange FRANCE

Établissement géographique	570014456	CMP - CATTP ADULTES FAULQUEMONT	36 rue de la Gare 57380 Faulquemont FRANCE
Établissement géographique	570014449	CMP SARREBOURG	7 rue erckmann chatrian 57400 Sarrebourg FRANCE
Établissement géographique	570014431	CMP/CATTP CREUTZWALD	4 place des verriers 57150 Creutzwald FRANCE
Établissement géographique	570014423	CMP/ CATTP ST AVOLD	21 rue des americains 57500 Saint-Avold
Établissement géographique	570012807	CMP/ CATTP DIEUZE	181 Route de Loudrefing 57260 Dieuze FRANCE
Établissement géographique	570024448	CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE ADULTE - TPS PARTIEL	7 rue erckmann chatrian 57400 SARREBOURG FRANCE
Établissement géographique	570011817	SERVICE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE REGIONAL / CATTP	1 rue de seulhotte 57073 Metz FRANCE
Établissement géographique	570015651	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE DE CREUTZWALD	36 rue des platanes 57150 Creutzwald 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	0
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	121

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	121
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	72
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	42
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	24
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	138
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	7
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	3
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	1
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	11
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	33,687
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	14,369
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	48,056
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		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque/ ATB PO et IV
7	Audit système	Coordination territoriale		
8	Audit système	Engagement patient		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque/ ATB PO et IV
10	Audit système	Dynamique d'amélioration		
11	Parcours traceur		<ul style="list-style-type: none"> Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement 	
12	Audit système	QVT & Travail en équipe		
13	Audit système	Représentants des usagers		
14	Patient traceur		<ul style="list-style-type: none"> Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement 	
15	Audit système	Leadership		
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires

17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
24	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	

25	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard en hygiène liées à l'usage de la balnéothérapie
26	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Parcours traceur		Ambulatoire Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque/ ATB PO et IV
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		Gestion des événements indésirables graves
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
	Patient traceur		Adulte Ambulatoire	

33			Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
34	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des produits sanguins labiles
35	Audit système	Maitrise des risques		
36	Audit système	Entretien Professionnel		
37	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NON APPLICABLE
38	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
40	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
41	Audit système	Leadership		
	Patient traceur		Adulte Ambulatoire	

42			Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
43	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
44	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable / Per Os
45	Audit système	Dynamique d'amélioration		
46	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable / Per Os
47	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
48	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
49	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
50	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Pas de situation particulière	

			Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
51	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
52	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
53	Audit système	Coordination territoriale		
54	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
55	Parcours traceur		Ambulatoire Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
56	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
57	Audit système	Représentants des usagers		
58	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires

59	Audit système	Engagement patient		
60	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
61	Audit système	Entretien Professionnel		
62	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Tout l'établissement</p>	
63	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Tout l'établissement</p>	
64	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
65	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p> <p>Tout l'établissement</p>	
66	Audit système	QVT & Travail en équipe		
67	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable / Per Os
68	Audit système	Entretien Professionnel		

69	Audit système	Maitrise des risques		
70	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires

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

