



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE
NANCY**

29 avenue de l'attre de tassigny
54035 NANCY



Validé par la HAS en Juin 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	7
Les évaluations réalisées pendant la visite	8
La décision	9
Les résultats	10
Les résultats des critères impératifs et avancés	11
Chapitre 1 : Le patient	14
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	14
Synthèse du chapitre 1	15
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	20
Chapitre 2 : Les équipes de soins	21
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	21
Synthèse du chapitre 2	22
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	25
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	27
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	29
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	31
Chapitre 3 : L'établissement	33
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	33
Synthèse du chapitre 3	34
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	36
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	37
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	39
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	40

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANCY	
Adresse	29 avenue de l'attre de tassigny 54035 NANCY FRANCE
Département / Région	Meurthe-et-Moselle / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Universitaire

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	540023264	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANCY	29 avenue de l'attre de tassigny 54035 Nancy FRANCE
Établissement géographique	540026994	SSRS AFFECTIONS ONCO-HEMATOLOGIQUES /PONT A MOUSSON - CHU DE NANCY	CH DE PONT A MOUSSON PLACE COLOMBE 54701 PONT A MOUSSON FRANCE
Établissement principal	540001138	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NANCY	29 avenue de l'attre de tassigny 54035 NANCY FRANCE
Établissement géographique	540000015	MATERNITE REGIONALE UNIVERSITAIRE DE NANCY	10 rue du docteur heydenreich Cs 74213 54042 Nancy Cedex FRANCE
Établissement géographique	540000163	CENTRE CHIRURGICAL EMILE GALLE	49 rue hermite Cs 75211 54052 Nancy FRANCE
Établissement géographique	540003043	HÔPITAL SAINT JULIEN - CHU NANCY	1 rue foller 54000 Nancy FRANCE
Établissement géographique	540002698	HÔPITAUX DE BRABOIS - CHU DE NANCY	Rue du morvan 54511 Vandoeuvre-Les-Nancy FRANCE
Établissement géographique	540005311	CONSULTATION ET TRAITEMENT DENTAIRE	2 rue du docteur heydenreich 54000 NANCY

Établissement géographique	540013232	USLD HÔPITAL SAINT STANISLAS - CHU DE NANCY	Rue des fabriques 54000 Nancy FRANCE
Établissement géographique	540006459	ULSD HÔPITAL SAINT JULIEN - CHU DE NANCY	1 rue foller 54000 Nancy FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel
 Maternité
 SAMU-SMUR
 Soins critiques
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 Urgences

Population
 Enfants et adolescents
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **31** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **17** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **45** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 3 événement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 11 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 10 acte(s) interventionnel(s)
- 7 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 6 transfusion(s) sanguine(s)
- 3 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 5 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **21** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

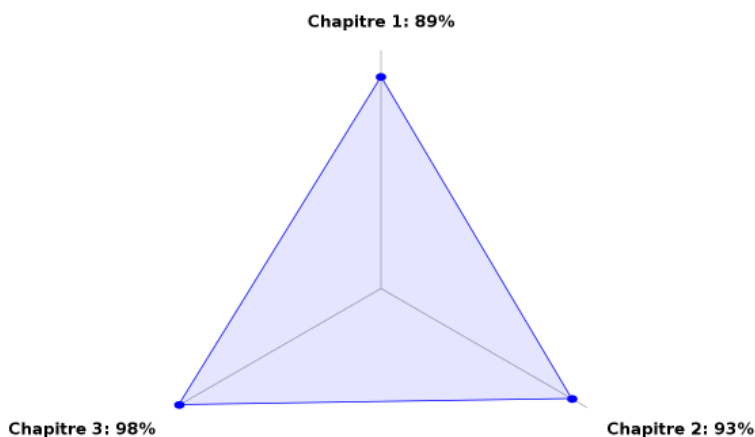
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	89%
Chapitre 2	Les équipes de soins	93%
Chapitre 3	L'établissement	98%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

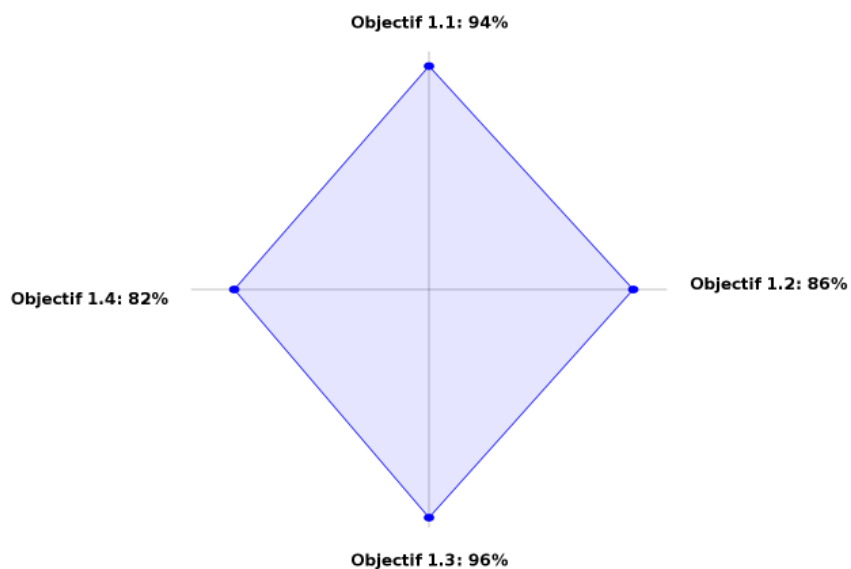
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	95%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	94%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	99%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	98%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	92%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	98%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	95%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	97%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	79%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	99%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	75%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	67%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **89%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	94%
1.2	L'information du patient	86%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	96%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	82%

Synthèse du chapitre 1

Le patient accueilli au CHRU de Nancy bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité, aussi bien du point de vue des pratiques que des locaux (existence de locaux PMR, disponibilité de mobilier bariatrique). Du fait de l'ancienneté de certains bâtiments, particulièrement sur le site central, les personnes en situation de handicap physique (moteur ou visuel notamment), ne peuvent pas circuler aisément dans l'établissement ; des accompagnants du service civique sont disponibles sur demande pour pallier cette situation mais leur présence n'est pas systématique ; par ailleurs, l'établissement procède à un plan de mise aux normes des ascenseurs et a positionné un référent handicap au niveau du GHT. Le patient mineur bénéficie à la fois d'un environnement adapté et d'un ensemble d'activités ludiques très variées et éducatives adaptées à son âge, lui permettant de rester inséré dans le cycle scolaire. Le respect de la confidentialité et du secret professionnel est assuré, y compris dans les usages des outils informatiques. L'établissement promeut l'information relative au droit à rédiger les directives anticipées mais de nombreux patients ne connaissent pas ce dispositif et les directives exprimées ne sont pas systématiquement tracées. La prise en charge de la douleur est conforme dans la très grande majorité des services (échelles adaptées, dossier patient complété, mesures antalgiques alternatives telle l'hypnose, disponibilité d'une équipe d'analgésie péri-opératoire) ; ponctuellement il a été constaté une prescription « si besoin » sans seuil, la non traçabilité de la réévaluation ou encore l'absence de proposition de modes de prise en charge non médicamenteuse de la douleur. Les investigations menées dans l'ensemble des unités de l'établissement témoignent, d'une façon générale, d'une prise en charge bientraitante du patient et une démarche originale a été développée autour des « Mots malheureux ». Par ailleurs, la prise en charge des maltraitances dont le patient pourrait être victime à l'extérieur de l'hôpital est organisée. L'accès du patient à son dossier est organisé ; toutefois les délais de transmission des dossiers de moins de cinq ans dépassent les seuils réglementaires pour 22 % d'entre eux. Le décès du patient adulte ou mineur et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée.

De façon générale, le patient connaît les informations nécessaires à son séjour et un livret d'accueil complet lui est remis ; certaines unités disposent de livrets d'accueil spécifiques et en chirurgie ambulatoire pédiatrique, l'enfant se voit expliquer le parcours lors d'une consultation infirmière spécifique ; toutefois il a été noté ponctuellement que le patient ne connaissait pas les solutions de sécurisation de ses objets personnels. Le patient connaît également les informations nécessaires à sa prise en charge et aux suites de son hospitalisation (notamment les dispositifs médicaux implantés, les consignes pour le suivi ambulatoire et pour le retour à domicile) ; toutefois, les délais de prise en charge aux urgences ne sont pas systématiquement communiqués et le patient n'est pas informé par l'équipe qu'elle va alimenter son dossier médical sur Mon espace santé. L'établissement déploie une importante communication sur les représentants des usagers (RU) et sur les modalités pour les contacter ; malgré cela, les patients ne connaissent le plus souvent pas les RU ni les modalités de leur saisine.

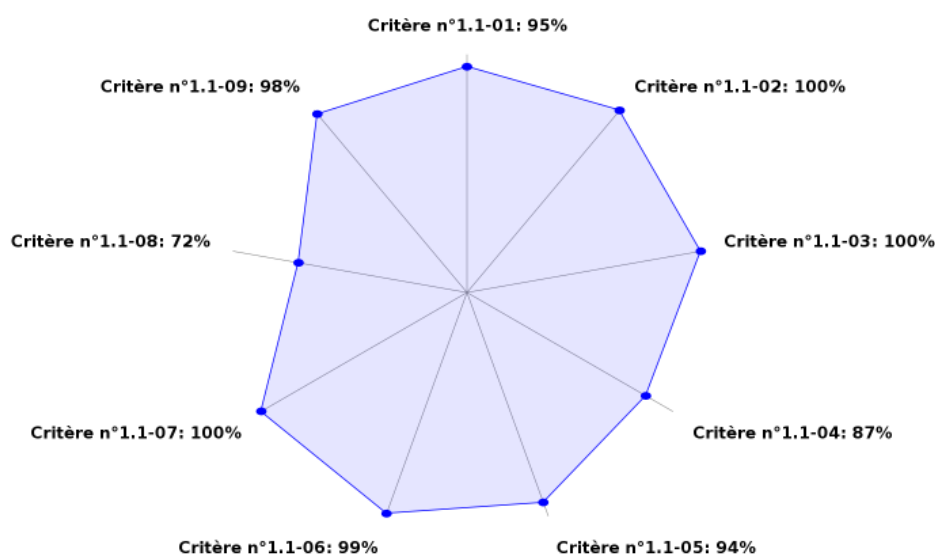
Le patient est invité à exprimer son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et, hormis quelques observations très ponctuelles, il peut exprimer ses préférences et sa situation fait l'objet d'une évaluation globale initiale organisée parfois très en amont (orthopédie, maternité). Le patient peut désigner une personne de confiance mais ne connaît pas toujours son rôle et la traçabilité de cette information n'est pas systématique dans le dossier. Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins et se sent associé à la mise en œuvre de son projet de soins, bien que les actions

éducatives et de formations adaptées (dont l'éducation thérapeutique) ne soient pas toujours proposées. Tout patient, quelle que soit sa situation particulière bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie ; cela est tout particulièrement vrai pour le patient vivant avec un handicap, le patient en situation de précarité sociale, le patient mineur (préservation des liens sociaux et scolaires), le patient âgé ou encore le patient accueilli en soins de longue durée. Des messages de santé publique et de prévention primaire sont largement disponibles dans les services mais la mise en œuvre d'actions adaptées selon le type de risque patient n'est pas généralisée (pour la prévention du risque tabagique par exemple). Les proches et les aidants sont impliqués dans le projet de soins et leur présence est toujours facilitée dans les situations cliniques difficiles.

L'établissement a mis en place un dispositif permettant de recueillir la satisfaction et l'expérience du patient pendant son séjour et après son retour à domicile ; toutefois les patients rencontrés ne connaissaient que très partiellement la possibilité d'exprimer leur satisfaction, la disponibilité d'un médiateur en cas de situation difficile ou encore la possibilité de déclarer un événement indésirable associé aux soins (EIAS) durant le séjour. Les résultats de la mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients sont pris en compte dans les orientations de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; l'établissement a notamment déployé la méthode du « patient mystère » pour mesurer au plus près du terrain les conditions d'accueil et de séjour ; hormis quelques cas isolés, la plupart des services analysent et exploitent les résultats déclinés par unité. Des patients partenaires sont associés dans la construction des parcours de soins (un patient partenaire est salarié par l'établissement et plusieurs dizaines de patients bénévoles participant aux activités d'éducation thérapeutique) ; les patients partenaires ne participent toutefois pas à la définition d'actions d'amélioration issues des démarches collectives de type RMM ou CREX. Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions et sont très largement impliqués dans la vie de l'établissement (politique de prise en charge, projet des usagers, analyse des résultats des actions d'évaluation) ; ils ne mènent cependant pas d'actions de sensibilisation auprès des patients, en concertation avec les équipes.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

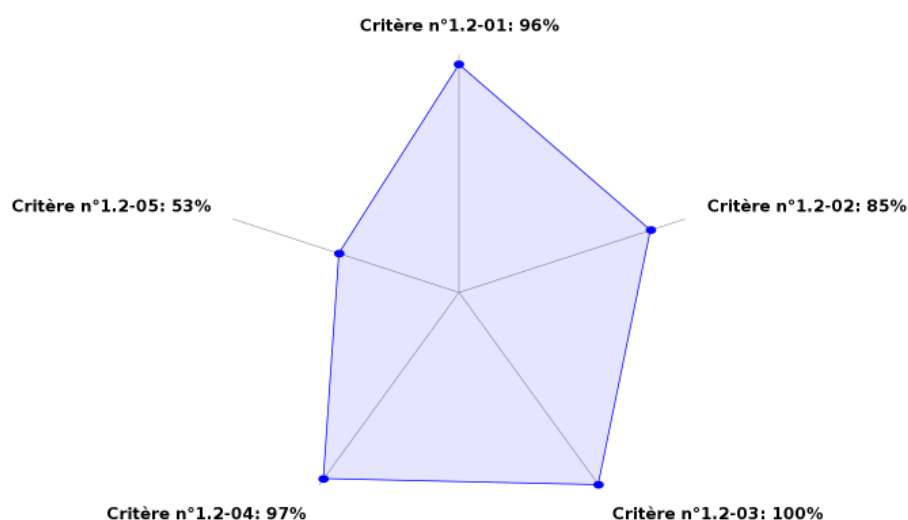
Score de l'objectif **94%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	95%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	87%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	94%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	99%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	72%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	98%

Objectif 1.2 : L'information du patient

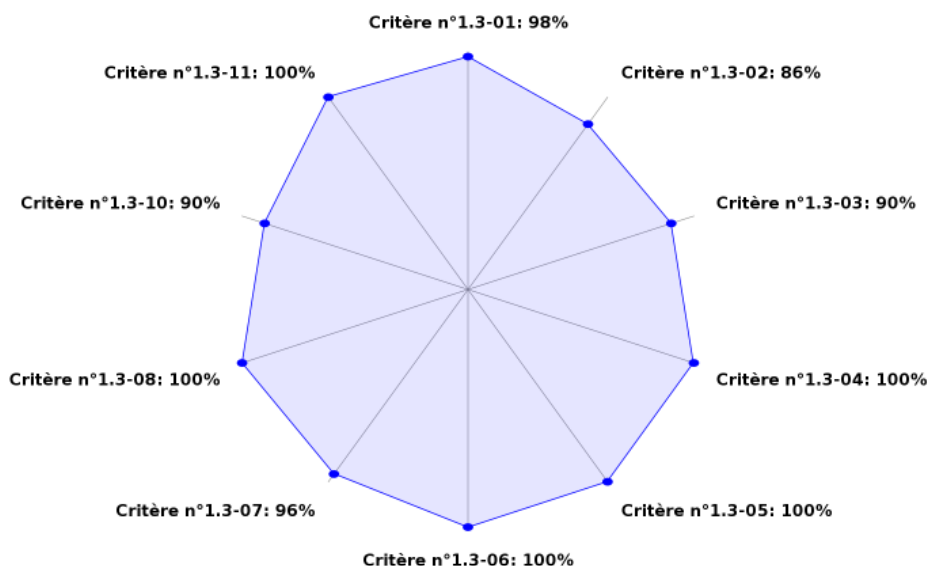
Score de l'objectif **86%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	96%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	85%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	97%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	53%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

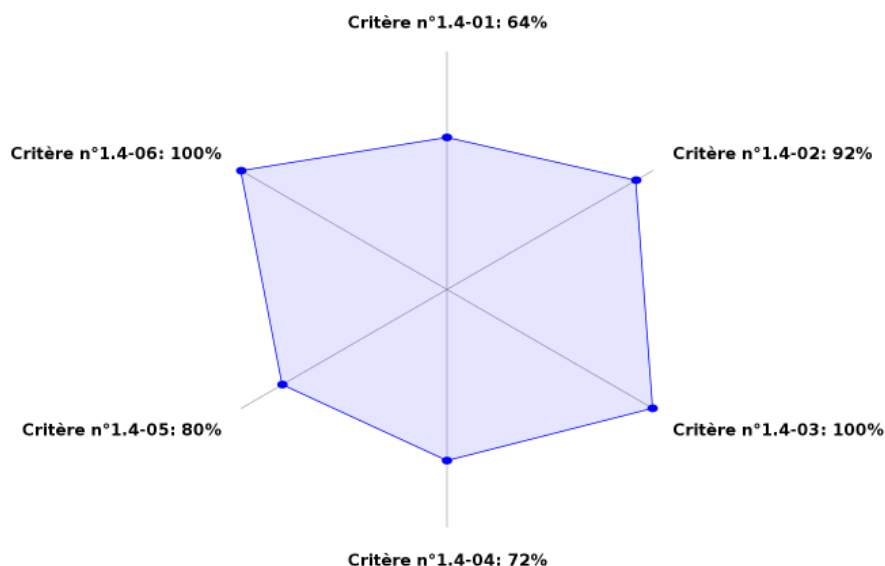
Score de l'objectif **96%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	98%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	86%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	90%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	96%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	90%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **82%**

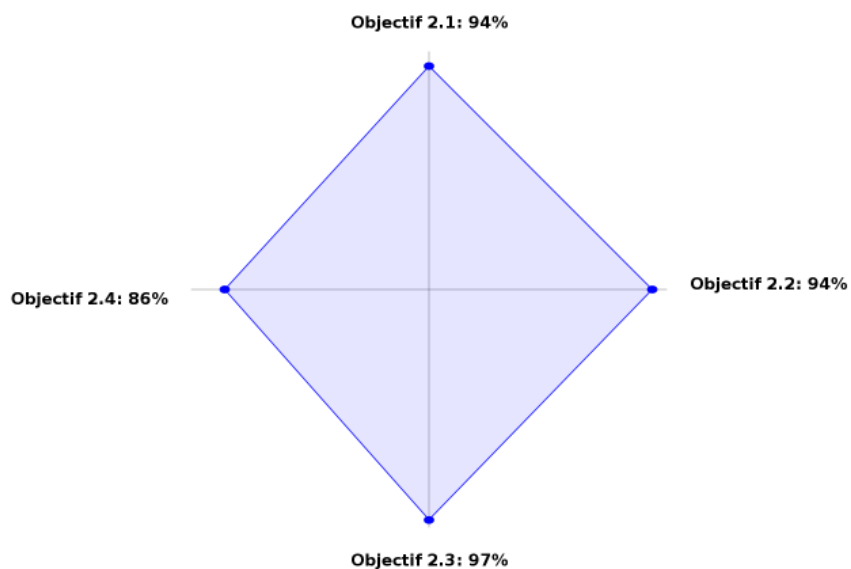


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	64%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	92%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	72%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	80%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **93%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	94%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	94%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	97%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	86%

Synthèse du chapitre 2

L'ensemble des acteurs concernés par le parcours du patient se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Le système d'information leur permet un accès en temps utiles à l'ensemble des informations relatives au patient. La conciliation médicamenteuse est engagée depuis 2025 mais pour la gériatrie seulement ; pour les autres secteurs et profils de patients les plus à risque (hématologie, maladies infectieuses), elle est programmée pour 2026. La démarche palliative fait l'objet d'une coordination de l'ensemble des acteurs impliqués, avec l'appui de l'équipe mobile de soins palliatifs et d'une équipe ressources régionale de soins palliatifs pédiatriques. La prise en charge des troubles nutritionnels fait appel à une collaboration multidisciplinaire (services de soins, service diététique, restauration, CLAN) autour du concept «le repas est un soin». Les secteurs interventionnels se coordonnent pour la programmation opératoire et la transmission des informations utiles à la prise en charge des patients. Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet de naissance et de parentalité. Une lettre de liaison est éditée et remise, le plus souvent, à la sortie au patient pour permettre la continuité du parcours de soins. Le transport intrahospitalier des patients est organisé (logiciel de gestion des demandes) et sécurisé.

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient (documents, bracelet d'identification, système d'information) ; au niveau de l'établissement, les règles d'identification sont appliquées et une cellule d'identitovigilance analyse et corrige les erreurs d'identité. Le circuit du médicament, dans son ensemble, est très largement maîtrisé. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et la pharmacie met en œuvre une analyse de la qualité et de la pertinence des prescriptions avant dispensation. Les conditions de transport des produits de santé sont adaptées et sécurisées et les équipes respectent quasi systématiquement les conditions de stockage ; lors des visites il a été observé ponctuellement des écarts dans les bonnes pratiques de stockage : comprimé sans numéro de lot et sans date, tiroir avec plusieurs produits sans séparation, mélange de deux spécialités dans un même bac, plusieurs types d'insuline dans une même boîte, présence d'objets non prévus dans le coffre à stupéfiants, inversion d'étiquette entre deux cartons, manque de sécurisation des bouteilles d'oxygène ; la plupart des écarts observés ont été corrigés par les équipes dès leur signalement. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de préparation et d'administration des médicaments et une vigilance particulière est assurée pendant cette étape (local dédié aux préparations, personnel identifié). Les professionnels sont formés à la prévention du risque médicamenteux et le circuit des préparations en atmosphère contrôlée (notamment chimiothérapies) est sécurisé. Il existe une liste générique des médicaments les plus à risque diffusée dans tout l'établissement et une liste limitée dans les unités ; cette dernière n'est toutefois pas toujours une liste spécifique à l'activité du service mais la description de la dotation délivrée ; des échanges avec l'établissement ont permis de préciser la notion de liste établie de manière collégiale, adaptée au service et connue des professionnels ; une mise à jour informatisée et spécifique à chaque service était en cours de déploiement au moment de la visite et couvrait 71 % des unités ; pour les autres unités des listes dédiées conformes aux attendus ont été éditées avant la fin de la visite. Les équipes respectent généralement les précautions standards d'hygiène (utilisation des solutions hydroalcooliques, gestion des excréta, accident d'exposition au sang) ; il a toutefois été observé dans quelques services que des professionnels n'appliquaient pas les prérequis à l'hygiène des mains en portant des tenues à manches longues. Les précautions complémentaires d'hygiène sont maîtrisées par toutes les équipes ; l'information est toujours donnée au patient mais n'est pas systématiquement tracée dans le dossier. Le risque infectieux lié à la pose de

dispositifs invasifs (abords vasculaires, drainage urinaire, ventilation assistée) est maîtrisé à toutes les étapes du circuit. Les risques associés à la transfusion sanguine sont globalement maîtrisés (analyse bénéfice/risque, contrôle ultime, formation des professionnels) ; les équipes n'analysent toutefois pas de façon régulière les indicateurs proposés par l'hémovigilance (PSL consommés, taux de destruction, suivi des effets indésirables receveurs) pour favoriser l'amélioration de leurs pratiques. La prise en charge des urgences vitales est organisée (numéro unique, chariots d'urgence opérationnels, formation de tous les professionnels aux gestes de première urgence) et des exercices de mise en situation sont effectués ; tous les secteurs n'ont cependant pas encore fait ce type d'exercice, quelques chariots présentent des erreurs de numérotation des scellés et l'évaluation du dispositif de prise en charge des urgences vitales n'a pas encore été démarrée. Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants sont identifiés et gérés (professionnels habilités, prescriptions justifiées, protection des agents) ; toutefois, la traçabilité des doses de rayonnements reçus par le patient n'est pas systématiquement assurée dans le dossier patient.

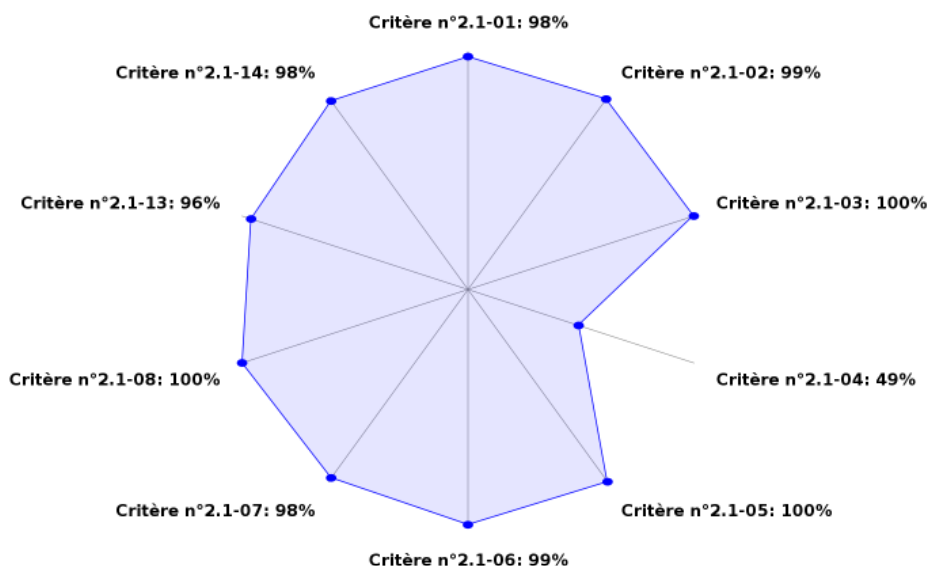
Chaque appelant au SAMU est orienté en fonction de sa situation et, en cas de sortie du SMUR, le dossier médical préhospitalier comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés mais les délais d'attente ne sont pas toujours communiqués au patient en temps réel. La prise en charge anesthésique est maîtrisée par tous les secteurs concernés. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont respectées par les équipes ; la prescription elle-même n'est toutefois pas toujours réalisée dès la consultation préanesthésique ; ce point a été corrigé dès son signalement à l'établissement. Avec l'appui de l'équipe opérationnelle d'hygiène, les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques liés aux équipements opératoires et aux pratiques professionnelles : préparation du patient, tenue dédiée (à l'exception d'une observation ponctuelle d'un agent en tenue de bloc hors du secteur). Les dispositifs médicaux invasifs réutilisables (endoscopes notamment) suivent en général un processus de désinfection et de stérilisation adapté à leur sensibilité technique et conforme aux protocoles requis ; le circuit des endoscopes du secteur interventionnel pédiatrique présente toutefois des écarts par rapport aux bonnes pratiques : local exigu où cohabitent le secteur sale et propre, formation des professionnels non achevée. La coordination entre professionnels permet de sécuriser le parcours du patient en chirurgie ambulatoire. Les équipes des secteurs interventionnels analysent les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient » pour améliorer leurs pratiques. La prévention des risques obstétricaux majeurs est opérationnelle et la prise en charge du nouveau-né est sécurisée. Dans les secteurs de soins critiques, les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques (surveillance du patient, transport, prévention du syndrome post-réanimation). L'établissement est particulièrement engagé dans les activités de prélèvement et de greffes et organise les évaluations requises en lien avec l'Agence de la biomédecine.

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles sont diffusées aux équipes via une gestion documentaire opérationnelle et ergonomique ; une part importante des équipes ne présente toutefois pas de démarche continue d'évaluation des résultats cliniques sur une prise en charge sur laquelle elle aurait identifié un potentiel d'amélioration (de type évaluation des pratiques professionnelles). La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée ; les équipes disposent à cet effet d'un logiciel de concordance antibiogramme/antibiothérapie et peuvent faire appel à un référent en antibiothérapie. La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (notamment poses de barrières de lit) est argumentée et réévaluée ; toutefois l'utilisation de ces mesures ne fait pas systématiquement l'objet d'une analyse tracée dans le dossier. Une réflexion

pluriprofessionnelle sur la réalisation de soins écoresponsables est menée dans un certain nombre d'unités et l'établissement a déployé une stratégie pour diminuer les émissions de gaz à effet de serre (arrêt de la distribution de protoxyde d'azote) ; toutefois la révision des protocoles de soins n'est pas encore systématique dans toutes les unités, ni l'évaluation de l'impact des actions en faveur de soins écoresponsables et les équipes ne disposent pas d'informations sur les consommations (eau, énergie). Lors de l'admission en SMR, les besoins et obstacles à la sortie sont identifiés au plus tôt avec la médecine de ville et les structures sociales ; en revanche, les demandes d'admission ne sont le plus souvent pas traitées chaque jour ouvré (mais seulement une fois par semaine) et les analyses des indicateurs de pertinence par les équipes ne sont pas systématiques. L'établissement intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de pratique clinique dans son programme d'amélioration ; cependant toutes les équipes ne suivent pas d'indicateurs de pratique clinique en lien avec des potentiels d'amélioration identifiés dans leurs secteurs. Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs (fonctionnement des blocs, écarts de programmation, prévention des infections). Les équipes des secteurs de soins critiques analysent en grande partie les modalités de prise en charge de leurs patients ; tous les secteurs n'analysent cependant pas la pertinence des séjours ou le taux de réhospitalisation à 48/72 heures. Les résultats d'examens d'imagerie médicale et de biologie font l'objet d'un suivi qualitatif.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **94%**

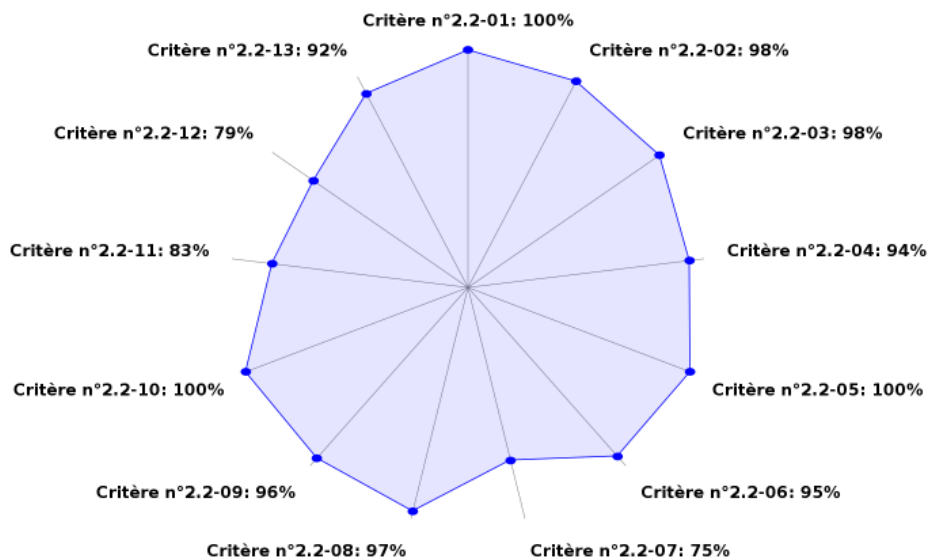


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	98%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	99%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	49%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	99%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	98%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	96%

2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	98%
--------	--	-----

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **94%**

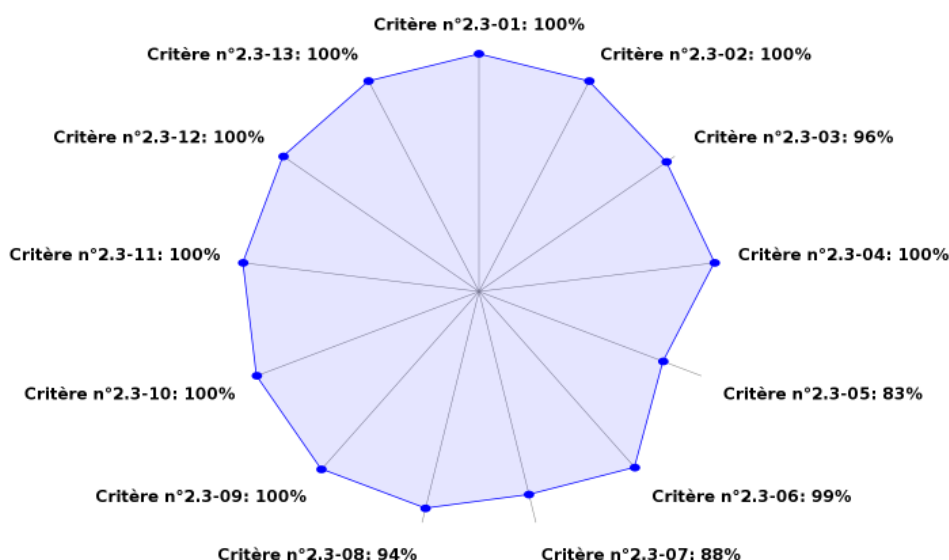


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	98%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	98%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	94%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	95%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	75%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	97%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	96%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	83%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	79%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	92%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **97%**

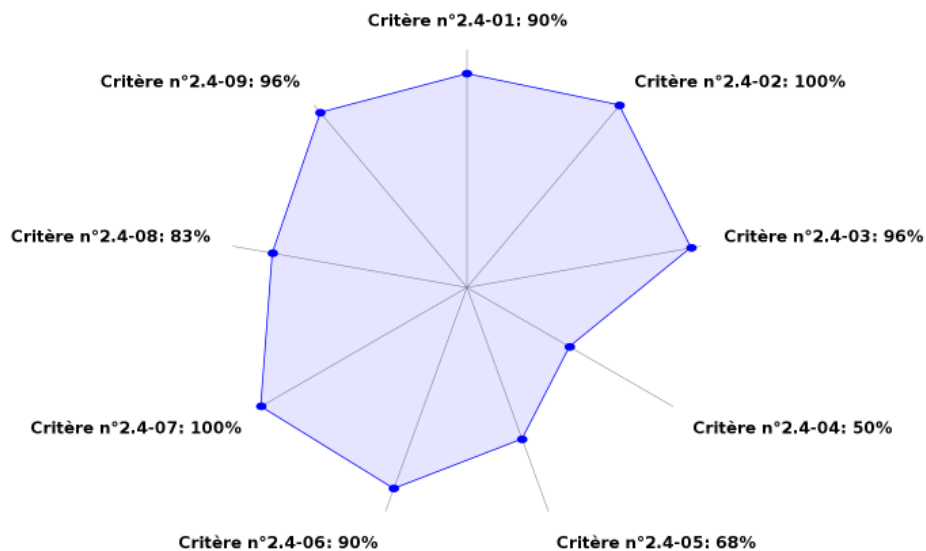


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	96%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	83%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	99%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	88%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	94%

2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	100%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **86%**



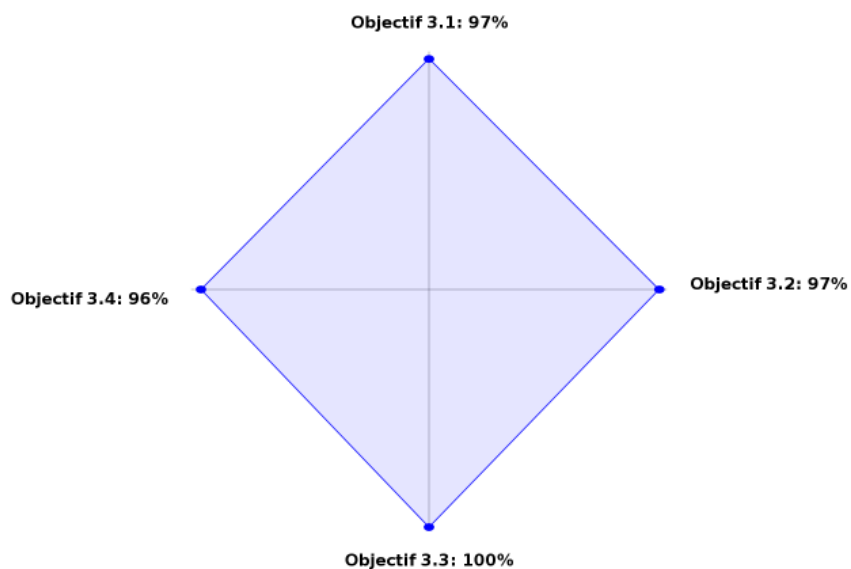
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	90%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	96%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	50%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	68%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	90%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	83%
	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des	

2.4-09	examens d'imagerie médicale et biologie	96%
--------	---	-----

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **98%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	97%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	97%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	96%

Synthèse du chapitre 3

La gouvernance déploie une politique de management par la qualité et la sécurité des soins dans une approche centrée sur l'expérience des patients et déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) structuré et connu des professionnels. Le soutien de la culture sécurité s'articule autour de nombreux supports originaux et variés : "Label qualité" inséré dans les contrats de pôle, outils pédagogiques et de communication (tableaux de bord « Qualiboard », tableaux d'affichage dédié dans les unités « Quali'Espace », temps d'échanges ritualisés « Quali'times », «Qual'hier de vacances » qualité-sécurité), challenges sur intranet ; la participation des professionnels à certaines activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins organisées par l'établissement (par exemple journée qualité ou semaine sécurité) n'est cependant pas généralisée. A partir du constat initial d'une sous-déclaration manifeste des événements indésirables (EI), l'établissement a déployé un soutien fort de la déclaration des EI par une culture bienveillante et la mise à disposition d'un outil ergonomique, ce qui a permis d'augmenter très sensiblement les déclarations ; les EI les plus graves sont analysés selon les méthodes requises et déclarées systématiquement sur le portail de signalement. Les situations sanitaires exceptionnelles font l'objet d'un dispositif structuré, complet et testé (plan blanc avec différents risques, cellule de crise opérationnelle, matériels disponibles, exercices réguliers). Le recours au questionnement éthique est organisé et opérationnel.

L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge est assurée, ainsi que la continuité des soins en cas d'absence (pools de remplacement, guichet numérique pour les remplacements ponctuels). Les professionnels, notamment médicaux et paramédicaux, ont les compétences requises et les actions de formation sont cohérentes avec les orientations du PAQSS ; toutes les équipes ne bénéficient cependant pas de programmes collectifs de maintien et de développement des compétences. L'encadrement médical et paramédical bénéficie systématiquement d'une formation de type parcours manager et s'appuie sur une charte managériale. La gouvernance déploie une politique de santé (DUERP entièrement mis à jour, promotion des vaccinations, équipements de protection) et de sécurité (plan de sécurisation, locaux et accès sécurisés, dispositif alerte-agression) de ses professionnels. Le projet social intègre un volet spécifique à la qualité de vie au travail (QVT) ; une sous-commission QVT de la CME a été instituée ; de nombreuses actions innovantes sont déployées pour les salariés (application informatique à charger sur son téléphone pour l'information du personnel en temps réel, trois crèches hospitalières, aides à la mobilité douce,...) et l'environnement est globalement favorable à la qualité de vie au travail, y compris dans les locaux les plus anciens. La prise en compte des difficultés interpersonnelles et des conflits s'appuie sur un dispositif de veille et de gestion structuré : cellule de médiation au sein de la CME, commission égalité-diversité, psychologues du travail dont une chargée de projet en innovation managériale. L'établissement favorise le travail en équipe en mobilisant tous les professionnels autour d'une charte des valeurs institutionnelles (« bienveillance, engagement, respect, faire équipe »), de la démarche « Label qualité » et en soutenant la pratique avancée et les délégations de tâches (31 infirmières en pratique avancée en poste dans quasiment tous les pôles) ; très peu d'équipes développent cependant des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe structurées autour d'une méthodologie adéquate (de type CRM santé, mise en situation ou démarche PACTE).

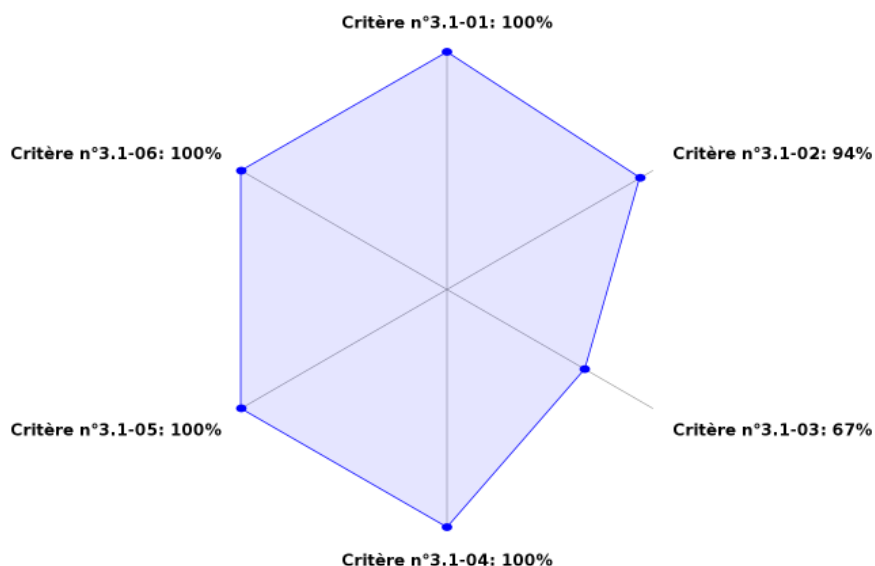
L'établissement est un acteur essentiel dans la construction et la coordination des parcours de ses patients, en collaboration avec les autres établissements de la direction commune et du GHT dont il est

l'établissement support. Du fait de son rayonnement géographique local et régional, il dispose d'une cartographie de l'offre du territoire structurée et lisible : 6 filières inter-hospitalières, déploiement de la responsabilité populationnelle (autour du diabète de type 2 par exemple), 69 centres de compétence/référence maladies rares. Les prises en charge non programmées sont organisées avec les partenaires du territoire (SAS 54, filière psychiatrie avec le CHS de Nancy, dispositif d'accompagnement des usagers fréquents des urgences -DAUM) ; les périodes de tension sont anticipées avec l'aide d'un outil de prévision et gérées par une cellule de régulation des lits et un bed manager. Une attention particulière est portée à la prise en charge des personnes âgées pour limiter leur passage aux urgences générales : mise en place d'une unité gériatrique d'entrée directe, équipe mobile de liaison gériatrique, filière gériatrique territoriale, recours à la télémedecine ; une commission personnes âgées est chargée d'évaluer le dispositif avec des indicateurs dédiés. L'établissement est aisément joignable par les usagers et les correspondants externes (site internet, numéros d'accès direct, messagerie sécurisée de santé). L'établissement assure un soutien important à la recherche clinique médicale et paramédicale, structurée autour d'une délégation régionale et bénéficiant d'une certification de type ISO 9001 ; l'inclusion dans les essais cliniques de patients éligibles du CHU et du territoire est promue. Une politique de formation a été déployée en prenant en compte les besoins du territoire (formation médicale, paramédicale, managériale et programmes d'éducation thérapeutique).

L'établissement développe des programmes de maintenance préventive et évolutive de ses locaux et de ses équipements ; la maintenance curative (locaux, équipements, informatique) est accessible aux professionnels via des outils numériques sur intranet. La gouvernance a mis en place une stratégie de développement durable permettant notamment de favoriser les achats écoresponsables, de réduire les déchets à la source (volume des DASRI divisé par 4 en 10 ans), de soutenir la mobilité douce et de promouvoir des soins écoresponsables (retrait du circuit de N2O, déploiement de seringues pré-remplies, transfert de médicaments en intraveineux vers le *per os*) ; tous les services n'ont cependant pas encore développé une action en faveur du développement durable avec l'appui du référent dédié. Les dispositifs de télésanté (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, visiorégulation) sont promus par l'établissement pour améliorer le parcours du patient ; ils sont coordonnés par un binôme référent médecin/directeur pour en faciliter le déploiement.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

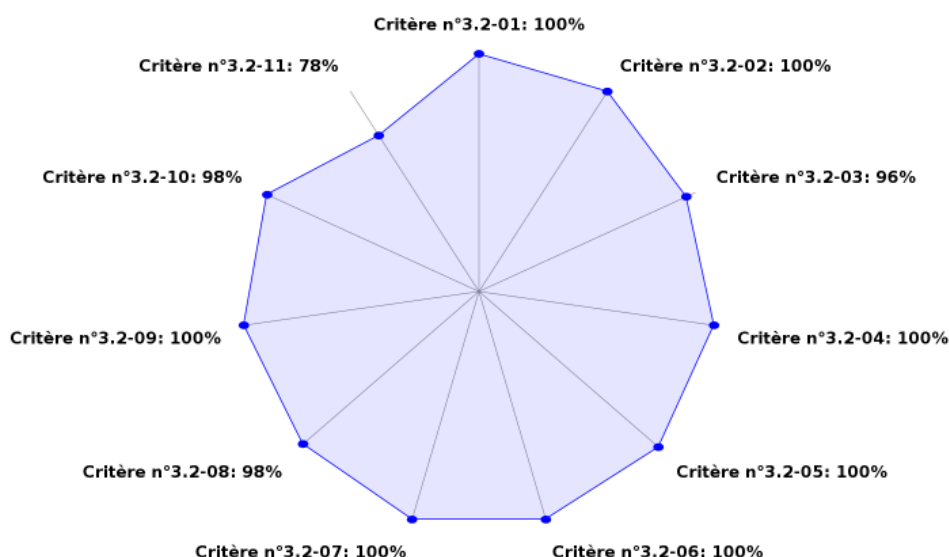
Score de l'objectif **97%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	94%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	67%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **97%**

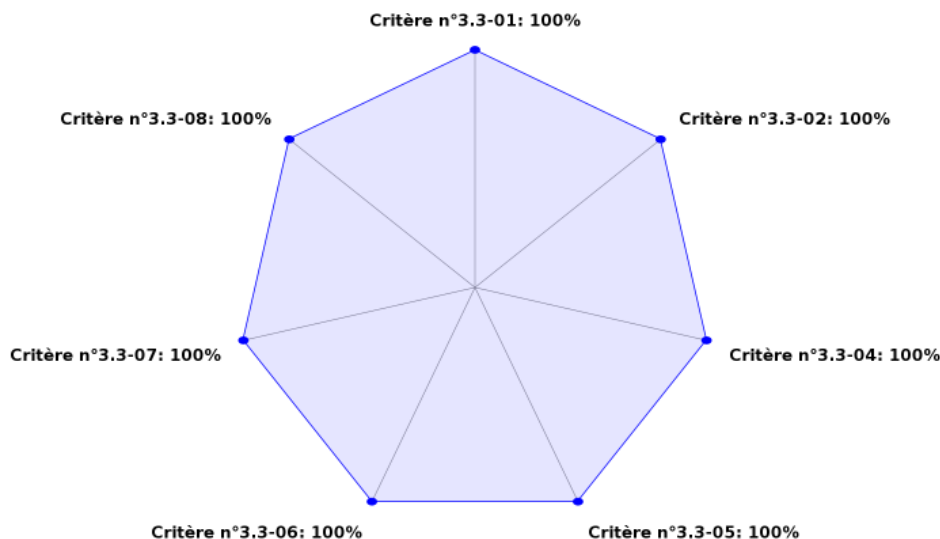


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	96%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	98%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	98%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	78%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

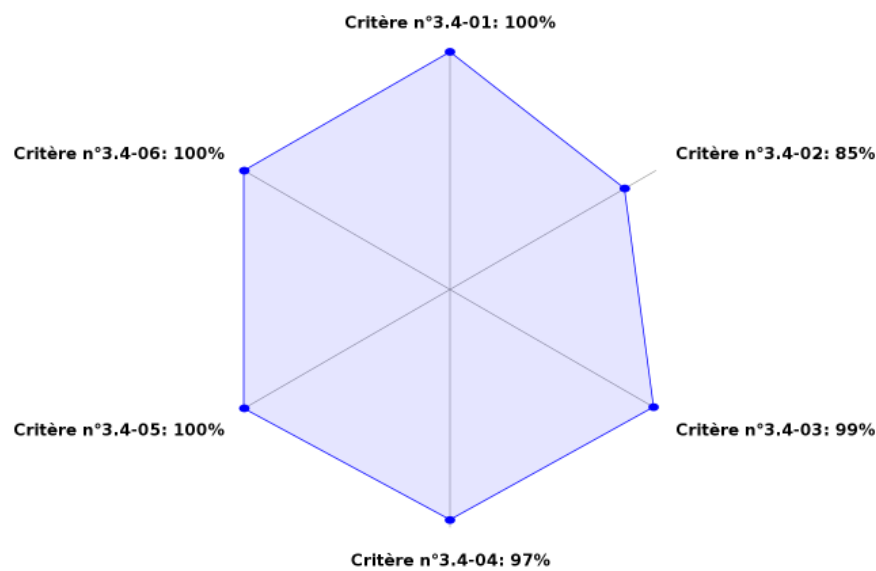
Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif 96%



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	85%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	99%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	97%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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

