



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CHI HOPITAUX DU MASSIF DES VOSGES**

26, rue du nouvel hopital  
Bp 77246  
88187 Saint Die Des Vosges



Validé par la HAS en Septembre 2023

---

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Septembre 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	22
Annexe 3. Programme de visite	23

# 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 sous conditions de l'établissement.

# Présentation

CHI HOPITAUX DU MASSIF DES VOSGES	
Adresse	26, rue du nouvel hopital Bp 77246 88187 Saint Die Des Vosges FRANCE
Département / Région	Vosges / Grand-Est
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	880009147	CHI HOPITAUX DU MASSIF DES VOSGES	26 RUE DU NOUVEL HOPITAL 88100 ST DIE DES VOSGES FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **125** critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Au sein du Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) des Hôpitaux du Massif des Vosges (HMV), les patients sont le plus souvent informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfique/risque, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé. L'information donnée au patient est complétée par d'autres dispositifs, tels des supports écrits, avec par exemple, une documentation dense et explicative en diabétologie dans le cadre des programmes d'éducation thérapeutique. En ambulatoire, les informations sont reprécisées lors de l'appel de la veille et du lendemain, et par écrit dans un passeport dédié en chirurgie et en endoscopie. L'information est également relayée par des infirmiers de pratiques avancées (IPA) en diabétologie, ou par l'Infirmière (IDE) coordonnatrice en hospitalisation à domicile (HAD) et l'infirmière (IDE) d'annonce en cancérologie. Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante en coordination avec les sages-femmes de ville si possible dès le début de la grossesse. Dans le cadre de la labellisation Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB), de nombreux documents sont communiqués comme des documents d'information illustrés sur l'allaitement au biberon ou au sein qui sont communiqués aux patientes ne maîtrisant pas la langue française orale ou écrite. Des cours de massage sont également dispensés aux mères. Les consignes de suivi des médicaments sont le plus souvent connues des patients. Dans la plupart des secteurs, des messages de prévention primaire sont proposés : la nutrition, l'activité physique, les risques liés aux addictions, le risque suicidaire, la violence faite aux femmes ... L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence d'une équipe mobile. En cas d'admission aux urgences, la secrétaire de l'accueil communique un délai de prise en charge sur indication de l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA). La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est communiquée au patient. L'information du patient n'est cependant pas complète. L'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées n'est le plus souvent pas expliquée et le recueil de la personne de confiance n'est pas toujours tracé. Par ailleurs, malgré l'affichage à l'entrée de chaque service, et la présence d'informations dans le livret d'accueil institutionnel, les patients rencontrés n'ont le plus souvent pas intégré les données sur les représentants des usagers et les bénévoles, et ne savent pas comment signaler un évènement indésirable, formuler une plainte ou réclamation, ou faire part de leur expérience. En cas de transfusion, la traçabilité de l'information donnée au patient n'a pas été retrouvée dans le dossier. En revanche la traçabilité de la réflexion bénéfique/risque a été retrouvée. Les patients considèrent le plus souvent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Des équipements de séparation sont le plus souvent utilisés dans les chambres doubles. Cependant, la vétusté et l'architecture des locaux sur les sites de Gérardmer et de Fraize ne permet pas toujours de respecter la dignité des patients. En soins de suite et de réadaptation (SSR) à Gérardmer par exemple, deux douches sont installées pour quinze lits. Sur ce même site le bureau des admissions ne dispose pas d'espace confidentiel pour l'échange de données, il est situé sur un lieu de passage ouvert dans le hall d'entrée. Par ailleurs, en service de médecine à Gérardmer, cinq chambres ne disposent pas de toilettes. Excepté dans les cinq chambres individuelles, en Hôpital de jour sur le site de Saint Dié les patients ne disposent pas de vestiaire ou d'armoire pour sécuriser leurs effets personnels. L'Unité de soins de longue durée (USLD) sur le site de Foucharupt dispose de deux douches pour trente lits. Lors d'un audit dix-huit lits étaient occupés, une patiente s'est plainte de n'avoir pas pu bénéficier de douche depuis un mois. L'établissement a informé les experts qu'un planning de programmation des douches pour les patients était établi sur la base d'une douche tous les quinze jours. L'établissement a été informé de l'insatisfaction de la patiente par les auditeurs. Il n'a pas communiqué sur les mesures prises pour répondre à l'insatisfaction de la patiente. Un projet de reconstruction est inscrit dans le projet d'établissement 2023-2028, les travaux ne sont à ce jour pas programmés. Les patients mineurs sont pris en charge par des

équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents en pédiatrie. Des espaces de jeu sont à leur disposition. Des mesures particulières sont prises pour les enfants accueillis au bloc opératoire, aux urgences (circuit réservé à la prise en charge des enfants). En unité de chirurgie ambulatoire (UCA) les enfants bénéficient d'un circuit adapté : chambre spécifique, accueil des parents, recueil des deux consentements, accueil spécial également au bloc (arrivée en petite voiture...). L'autonomie des patients en situation de handicap ou âgés est préservée. En unité de soins de suite (SSR) à Moyennoutier, dans le cadre du projet architectural et de la construction de nouveaux locaux, une réflexion d'équipe a permis de réduire de façon drastique le recours à la contention mécanique. La contention mécanique y est utilisée en dernier recours. Néanmoins, il a été constaté dans d'autres unités, sur d'autres sites, à plusieurs reprises que des barrières sont posées au lit du patient sans avoir été prescrites. Les équipes justifient ces pratiques par une volonté de sécuriser la prise en charge des patients. Bien que tous les patients rencontrés disent que leur douleur a toujours été évaluée et soulagée, les évaluations et les traitements de la douleur ne sont pas toujours tracés dans le dossier patient et la majorité des prescriptions d'antalgiques « si besoin » sont faites sans précision explicite du niveau de douleur. A la fin de la visite, l'établissement de santé (ES) a ajouté l'échelle d'évaluation visuelle analogique (EVA) de la douleur pour la prescription conditionnelle d'antalgiques dans le dossier patient informatisé (DPI). La présence des proches et des aidants est facilitée. Les horaires de visite sont adaptés, des locaux aménagés, comme les salons des familles en pédiatrie qui sont disponibles. Leur implication dans le projet de soins est favorisée, cela a été noté par exemple dans toute la filière gériatrique, pédiatrique et obstétricale. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale, repose sur un accès facilité au service social dans l'ensemble des secteurs et à la présence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) sanitaire et sociale pour les patients qui ne disposent pas de protection sociale. Des dispositifs de coordination sont mis en œuvre comme le staff psycho-médico-social avec le réseau de périnatalité. La préparation de la sortie est anticipée pour prendre en compte les conditions de vie habituelle. En SSR, un ergothérapeute se rend au domicile du patient pour évaluer la faisabilité du retour à domicile et les besoins en matériels médicaux. En maternité, par exemple, le dispositif IHAB permet d'anticiper la sortie et de proposer notamment aux parents la venue d'une auxiliaire de puériculture à leur domicile. Des programmes d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) en chirurgie, médecine pour les maladies chroniques ainsi qu'en maternité sont proposés aux patients afin d'organiser et de sécuriser les retours à domicile. L'hospitalisation à domicile (HAD) est proposée au patient dès son entrée à chaque fois que nécessaire et facilitée par la présence au sein de l'établissement de quarante places en HAD. Les besoins des personnes en situation de handicap sont pris en compte dans les projets de soins. La prise en charge éducative des jeunes patients est adaptée à leur situation. En Unité de Soins de Longue Durée (USLD) un programme d'activités pluri-hebdomadaire favorise le maintien de l'autonomie et le lien social.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les équipes analysent la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Des recommandations de bonnes pratiques sont disponibles pour les principales prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques complexes sont discutées de manière collégiale lors des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires en place dans la majorité des secteurs, ou dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en cancérologie avec le CHRU de Nancy ou encore en maternité et en néonatalogie. La pertinence de l'orientation de la mobilisation des équipes équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est évaluée avec le centre 15 d'Epinal. Le SMUR participe également à l'évaluation de la pertinence des transferts infirmiers interhospitaliers (TIH) assurés par un prestataire privé externe. Cette organisation a permis de diminuer les carences de SMUR primaires. La pertinence de l'admission et du séjour en soins de suite et de réadaptation (SSR) est argumentée au sein des équipes et réévaluée lors des staffs hebdomadaires. La pertinence de la transfusion est argumentée notamment via une analyse bénéfique/risque avant tout acte transfusionnel. Néanmoins à ce jour, il n'existe pas de revues de pertinence des prescriptions de produits sanguins labiles (PSL). Les transfusions sont tracées dans le dossier transfusionnel. Les praticiens se réfèrent à des protocoles pour les antibiothérapies probabilistes de première intention. La traçabilité de la réévaluation des antibiothérapies initiales n'a pas été retrouvée dans tous les dossiers notamment en médecine A et B à Saint Dié. Dans les services d'hospitalisation une synthèse pluriprofessionnelle est organisée en présence du pharmacien référent en antibiothérapie, les antibiothérapies initiales sont abordées et réévaluées à cette occasion. La pertinence des prescriptions médicamenteuses chez le sujet âgé est également évaluée notamment dans le cadre des conciliations médicamenteuses en unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD). Il existe deux documents institutionnels concernant les recommandations de bon usage de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins du patient de manière pluridisciplinaire et pluri professionnelle en incluant les soins de support et la médecine de ville. Le dossier patient majoritairement informatisé est partagé par l'ensemble des intervenants. Le dossier pré-hospitalier du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) également informatisé (tablettes) est complété et intégré au dossier patient informatisé (DPI) en format Portable Document Format (PDF). Aux urgences, la formation à l'accueil et l'orientation des infirmiers chargés du tri des patients est généralisée, un médecin référent est identifié, les dossiers antérieurs sont facilement accessibles. La décision d'orientation s'appuie sur une grille de tri validée. L'orientation prend en compte l'avis du patient, un éventuel handicap, une situation de dépendance ou un facteur critique de vulnérabilité, une attention et un circuit bien défini tient compte du patient mineur. Une organisation est mise en place pour connaître la disponibilité des lits d'aval. Le cadre des urgences et/ou l'Infirmier organisateur de l'accueil (IOA) recueillent 3 fois par 24H la disponibilité des lits au sein de l'établissement. Aux urgences, les examens sont réalisés dans des locaux permettant le respect de la confidentialité et la dignité des patients. Les délais d'attente sont communiqués en temps réel au patient et accompagnant sur la base d'un affichage dans la salle d'attente. De multiples dispositifs de coordination sont déployés pour mettre en œuvre le projet de soins. On peut citer les équipes mobiles de soins palliatifs, de gériatrie, les infirmières de pratique avancée (IPA) en diabétologie et l'infirmière d'annonce en oncologie. Des staffs pluri professionnels et pluri disciplinaires sont réunis dans toutes les spécialités médicales et chirurgicales. Des collaborations avec d'autres établissements sont développées comme les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec le CHRU de Nancy. Bien que le portail numérique permettant de développer la télésanté soit installé au sein de l'ES, excepté en dermatologie il n'est à ce jour pas utilisé par les praticiens au sein de l'établissement. La conciliation médicamenteuse est développée en Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) et en Unité de surveillance continue (USC) pour les

personnes âgées de plus 75 ans. La cellule de programmation valide chaque semaine la planification des actes interventionnels et coordonne l'intégration des interventions urgentes. La check-list sécurité du patient est utilisée au bloc opératoire et en endoscopie lors des vérifications croisées. Une fiche de liaison intégrée au dossier patient informatisé (DPI) permet l'échange d'informations en amont du bloc, et en sortie de salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). Ce dispositif n'est à ce jour pas évalué. La démarche palliative est coordonnée dans le cadre de staffs pluridisciplinaires, et de la participation de l'équipe de soins palliatifs. Comme le démontre l'indicateur qualité sécurité des soins, il a été constaté que la lettre de liaison n'était le plus souvent pas remise au patient le jour de son départ. Elle est envoyée au médecin traitant dans des délais variables selon les unités. La continuité de la prise en charge médicale est organisée en hospitalisation à domicile (HAD). Les patients et leurs proches connaissent les numéros d'appels en cas d'urgence. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Lors des transferts de patients au bloc opératoire, les brancardiers sont accompagnés en interne et en externe par des infirmiers (IDE). Ils veillent ensemble au respect des règles d'identitovigilance. Les modalités de gestion des vigilances sanitaires sont définies et connues des équipes. La surveillance des températures des enceintes réfrigérées contenant des médicaments thermosensibles est majoritairement assurée. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins. Les précautions standards et complémentaires sont mises en œuvre. En secteur interventionnel, les protocoles d'antibioprophylaxie et de préparation cutanée des patients sont actualisés, et connus des équipes. Les vérifications sont tracées, les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres. En ambulatoire, l'autorisation de sortie est validée. La désinfection du matériel thermosensible réutilisable d'endoscopie est centralisée et prise en charge par une équipe formée, la traçabilité du traitement est assurée. La vaccination est promue et favorisée par l'établissement par l'intermédiaire du médecin du travail. A la maternité, les équipes sont formées à la prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). Les professionnels chargés du transport des patients sont formés aux règles de sécurité, d'identitovigilance, d'hygiène et de confort du patient. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la dénutrition, les chutes, les effets indésirables des médicaments. Les professionnels exposés aux rayonnements ionisants utilisent les équipements de protection et les dosimètres. Le circuit du médicament sur les 4 sites de l'établissement n'est globalement pas maîtrisé. Des dysfonctionnements par rapport aux bonnes pratiques ont été relevés à presque toutes les étapes du circuit du médicament en matière de stockage, de prescription, de traçabilité, d'administration et d'étiquetage des médicaments. Un listing des médicaments à risque existe sur Saint-Dié-des-Vosges depuis 2016. Une mise à jour au niveau HMV et par service a été réalisée et diffusé aux équipes en Mars 2023 avant la visite. A cette occasion la plupart des médicaments à risque ont été identifiés dans les armoires à pharmacie par un pictogramme visant à attirer l'attention de soignants sur la présence de médicaments à risque. Cependant, dans les chariots d'urgences et d'anesthésie qui comportent des médicaments à risque aucun médicament n'était identifié. Dans certains réfrigérateurs des insulines de spécialités différentes étaient mélangées et non étiquetées, en Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD) des médicaments hors dotation sous formes de comprimés ou de gélules étaient stockés par ordre alphabétique dans des sachets en plastique. Jusqu'à dix médicaments de spécialités différentes étaient stockés dans un même sachet. Les mêmes constats ont été faits en médecine à Gérardmer dans le chariot de distribution des médicaments. Par ailleurs, il a été observé en pédiatrie et en cardiologie que les ampoules injectables de chlorure de potassium étaient stockées au milieu des autres injectables sans autre précaution que l'apposition d'un pictogramme au même titre que les autres médicaments à risque. Bien que le risque d'erreur d'administration du chlorure de potassium soit inscrit dans la liste des Never Events diffusée par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et dans la procédure interne de l'établissement, le stockage de ce médicament n'a pas été davantage sécurisé. Les bouteilles d'oxygène (O2) sont stockées dans la majorité des services à même le sol sans aucune autre précaution, ce qui comporte des risques de chute. En Médecine A et en court séjour gériatrique, les piluliers sont identifiés par numéro de chambre et par le nom du

patient. Lors du changement de chambre d'un patient en médecine le numéro de chambre n'a pas été modifié, par conséquent le numéro de chambre ne correspondait plus au nom du patient. En cours de visite, les étiquettes ont été modifiées, on y retrouve le nom, prénom et date de naissance du patient. Le numéro de chambre a été supprimé. De plus dans ces secteurs, on ne retrouve pas sur les étiquettes des médicaments injectables le nom du patient mais uniquement le numéro de chambre. Par ailleurs dans cette unité les infirmiers n'avaient pas connaissance du pictogramme d'alerte des médicaments à risque sur la prescription informatique et en maternité les professionnels n'avaient pas connaissance du listing des médicaments à risque spécifique à leur unité. Concernant l'étiquetage des médicaments injectables (y compris les médicaments à risque), il a été observé que les étiquettes ne répondent pas aux attendus de la Haute Autorité de Santé (HAS). En Unité de surveillance continue (USC), deux modèles d'étiquettes sont utilisés, des étiquettes normées selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) avec des couleurs différentes selon les spécialités qui ne comprennent que le nom du patient et la concentration du médicament. Des étiquettes pré remplies qui sont complétées de façon hétérogène par les infirmiers (IDE) et qui ne permettent pas d'avoir une lisibilité des graduations lorsqu'elles sont apposées sur la seringue sont également utilisées. Dans les autres unités sont également utilisées des étiquettes vierges remplies de façon hétérogène. Les prescriptions médicamenteuses sont principalement assurées dans le dossier patient informatisé (DPI). Le bilan thérapeutique est le plus souvent intégré au dossier du patient. Les pratiques d'approvisionnement en urgence répondent aux besoins des services, le transport est sécurisé. L'administration est le plus souvent tracée dans le DPI. L'analyse pharmaceutique est déployée dans la majorité des secteurs. Cependant, dans le cadre des chimiothérapies, l'analyse pharmaceutique est partielle, elle n'intègre pas la totalité des thérapeutiques du patient (absence d'informations concernant les traitements habituels du patient). Un groupe de travail est en cours sur la mise en place d'une conciliation médicamenteuse intégrée à la consultation infirmière d'annonce. En unité de surveillance continue, il existe un support papier unique pour la prescription/administration des médicaments. Néanmoins, il a été observé que certains médicaments étaient prescrits sans les modalités de dilution et les solvants à utiliser. L'informatisation de la pancarte de réanimation intégrant les règles de bonnes pratiques en matière de prescription/administration est en cours de déploiement dans le service de surveillance continue. Par ailleurs, en médecine à Fraize, la présence d'un médecin n'est pas quotidienne. De ce fait il a été observé qu'à l'arrivée d'un patient et pour une durée de trois jours, l'infirmière a administré le traitement personnel du patient sur la base de l'ordonnance du médecin traitant. Elle a tracé l'administration sur un support papier sans précision du nom et de la dose des médicaments en mentionnant uniquement « traitement donné ». L'équipe rencontrée confirme que cette pratique observée lors d'un patient traceur n'est pas exceptionnelle faute de pouvoir poster un médecin de manière quotidienne. Quelques médicaments périmés ont été retrouvés dans certains services dont un médicament à risque dans le chariot d'urgence en pédiatrie. En USLD à Gérardmer, les équipes ne respectent pas toujours les bonnes pratiques d'administration. Lors d'une prise de plusieurs médicaments chez une patiente qui présente des difficultés de déglutition, une infirmière n'a pas indiqué consulter le livret de médicament écrasable et a indiqué mélanger tous les médicaments et les écraser ensemble dans un même sachet. Le plus souvent les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie. En SSR par exemple le bilan du traitement est expliqué au patient à sa sortie avec une photocopie du plan de traitement de la journée à l'appui. Cependant, en unité de soins de longue durée (USLD), il a été constaté que les équipes n'expliquent pas et ne fournissent pas au patient vulnérable un comparatif de son traitement habituel (avant son séjour) et de son traitement à la sortie. Le service des urgences dispose d'un dossier informatisé spécifique. Lors du transfert des patients dans les services pendant la permanence de soins, la prescription médicamenteuse des urgences est réalisée sur un document papier, l'IDE trace à l'arrivée du patient l'administration dans le DPI et non au regard de la prescription. Enfin il a été observé dans plusieurs dossiers que certains médicaments n'avaient pas été administrés sans traçabilité du motif. Ces nombreux écarts par rapport aux bonnes pratiques médicamenteuses comportent des risques d'erreurs médicamenteuses pouvant causer des dommages aux patients. Durant la semaine certains écarts ont

été corrigés comme l'étiquetage des médicaments dans les chariots d'anesthésie et les chariots d'urgences. Les médicaments hors dotation ont été retirés des armoires à pharmacie. Cependant tous les écarts n'ont pu être corrigés et les mesures prises n'ont pu être évaluées. L'établissement explique ces dysfonctionnements sur le circuit médicament par la crise sanitaire à laquelle ils ont fortement été confrontés suivie de la fusion en janvier 2022 des établissements ainsi que par la nomination récente (octobre 2022) du référent prise en charge médicamenteuse (PECM). Il souligne par ailleurs que suite à la fusion, la démarche de sécurisation du circuit du médicament a été priorisée dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dû à une hétérogénéité des circuits entre les sites (approvisionnement ville). Les équipes ont connaissance des résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) qui les concernent. Ils analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions. On peut citer pour exemples les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur l'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie, les audits sur les bonnes pratiques de précautions complémentaires, d'hygiène des mains, sur la pertinence du sondage urinaire, l'évaluation de la douleur en pédiatrie, l'évaluation du dossier transfusionnel, l'évaluation de la tenue du partogramme à la maternité, en SSR les audits dossiers du patient qui portent sur la qualité de la lettre de sortie, le projet de soins, le projet de vie et l'évaluation de la douleur. Les équipes sont associées à l'exploitation des résultats de la satisfaction et de l'expérience patient, ainsi que des plaintes et réclamations. Elles connaissent le plus souvent les recommandations de la commission des usagers. Toutefois, majoritairement les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance des résultats du questionnaire e.satis. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés avec les professionnels et donnent lieu à des actions d'amélioration comme des formations, ou des documents de bonnes pratiques. Toutefois, en raison de l'absence d'un professionnel concerné, un comité de retour d'expérience (CREX) faisant suite à un événement indésirable grave signalé (EIGS) n'avait pas encore été organisé, un an après cet événement. Les résultats des indicateurs sont exploités, par exemple le taux de conformité de l'hygiène des mains, la qualité de la lettre de liaison... Dans le secteur de soins critiques (USC), les équipes exploitent des indicateurs notamment pour le suivi des infections qui sont analysées lors de réunions pluridisciplinaires en présence du pharmacien. Un registre de refus des admissions a été mis en place. Cependant le taux de ré hospitalisation précoce à 48/72 heures n'est pas suivi. Dans les secteurs interventionnels (bloc opératoire et endoscopie), les indicateurs de suivi de la réalisation de la check-list sont connus et exploités collectivement par les équipes. Cependant le logiciel du bloc ne permet pas une extraction et un suivi en continu des indicateurs du bloc tels que le GO-NOGO. La qualité des résultats de biologie et d'imagerie est suivie et fait l'objet de plan d'actions, notamment en termes de délais. L'équipe de coordination des prélèvements de tissus exploitent les indicateurs du programme Cristal Action, un plan d'action est en cours à la suite du dernier audit de l'Agence de Biomédecine.

## Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier Intercommunal des « Hôpitaux du Massif des Vosges » (CHIMV) né de la fusion des centres hospitaliers de Saint-Dié- des-Vosges, Gérardmer, de l'établissement de santé de Fraize/Foucharupt, du CHI des 5 vallées de Moyennoutier et de l'intégration de l'Etablissement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD) les Charmes a défini ses orientations stratégiques dans son projet d'établissement en cohérence avec le territoire. Les orientations stratégiques sont déclinées dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHTn°8 des Vosges) qui regroupe l'offre sanitaire public du département dont l'établissement support est situé à Epinal et du projet de coopération territoriale 2023-2028. L'établissement est impliqué dans trois niveaux de coordination des soins : au sein de la communauté des Hôpitaux du Massif des Vosges, au sein du groupement hospitalier GHT n°8 et dans une coordination avec le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Nancy, afin d'assurer la fluidité des parcours. Au sein du GHT, les sujets suivants sont identifiés dans le projet médical partagé (PMP) actualisé en 2023: gériatrie, imagerie, urgences, pharmacie (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) de GHT). La labellisation de la filière gériatrique est un objectif partagé du GHT. La coopération avec le CHRU porte sur des filières de prise en charge, sur des partages de temps praticiens, par exemple en néphrologie, en chirurgie vasculaire, anesthésie. Des dispositifs de coordination sont en place, comme les pôles médicaux territoriaux qui sont les éléments structurants du projet médical partagé (PMP). Ils contribuent à l'organisation des parcours de soins et de santé qui favorisent la coordination des soins entre les professionnels des secteurs sanitaires, médico-social et de la médecine de ville. Des partenariats de nature privée et publique sont également développés comme pour exemple avec le SSR de la Louvière dans le cadre de la Collaboration pour l'intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ou pour la filière d'addictologie. L'accès à des filières de prise en charge des pathologies rares est piloté par les praticiens qui disposent d'un réseau informel de correspondants. Ce sujet n'a pas fait l'objet d'une formalisation. L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM). Ce projet élaboré depuis plusieurs années pour le département doit être validé fin mars. Les patients peuvent bénéficier d'un avis psychiatrique par une infirmière de liaison présente tous les matins ou un psychiatre présent 3 jours par semaine, trois places leur sont réservées en UHTCD. Le dossier patient informatisé est majoritairement déployé au sein du CHI HMV. Certains services de soins participent à des programmes de recherche clinique nationaux tels que la diabétologie. L'accès en urgence aux filières spécialisées de cardiologie, neurochirurgie et neurologie est organisé avec le CHRU de Nancy. Des circuits spécifiques sont organisés pour les prises en charge en urgence pour l'accident vasculaire cérébral (AVC), pour les blessés graves, pour les urgences vasculaires, la neurochirurgie et la cardiologie interventionnelle et pour la chirurgie bariatrique. La télésanté est mise en place et les professionnels sont formés, toutefois excepté en dermatologie et pour la neuro expertise les outils ne sont pas utilisés. L'établissement est partie prenante au projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Saint Dié et participe à la CPTS de Gérardmer. En matière de recherche, les praticiens sont sollicités selon la spécialité pour participer à des études. Ils proposent des sujets de thèse pour l'amélioration des pratiques, les internes disposent de temps pour les réaliser. L'infirmière de pratique avancée (IPA) de diabétologie prend part à un groupe d'IPA au CHRU de Nancy sur la recherche soignante. Il n'existe pas de politique structurée en matière de soutien à la recherche clinique. Les usagers et les médecins de ville peuvent contacter aisément l'établissement. L'établissement dispose d'un accueil téléphonique 24/24, les horaires sont différenciés selon les sites et un projet de standard unique est en cours. Un annuaire des praticiens de l'établissement est remis tous les ans aux praticiens de ville, l'établissement déploie un logiciel de prise de rendez-vous web depuis l'extérieur, en complément des secrétariats médicaux. Un circuit avec numéro d'appel dédié est organisé pour

éviter les admissions via les urgences pour les personnes âgées et les patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète. Des entrées directes sont organisées avec appel direct des médecins de ville aux gériatres de l'ES. En cas de tension saisonnière, l'établissement s'organise, notamment avec l'hospitalisation à domicile (HAD) pour limiter la pression sur l'hébergement. Une cellule de suivi se réunit de façon hebdomadaire. La gouvernance s'attache à développer une dynamique collective de culture de la qualité et de la sécurité des soins. Les représentants des usagers y sont associés. La déclinaison de la politique qualité se fait à travers la co-construction du projet médico-soignant. Elle est déclinée en actions concrètes dans chaque service. Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualité et sont force de proposition pour de nouvelles actions. Un flash qualité mensuel est identifié et affiché dans toutes les salles de soins des services. Il comprend les évaluations et actions d'amélioration institutionnelles, les résultats des indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS), les résultats du questionnaire e.satis, les plaintes et réclamations, les procédures récentes intégrées dans le logiciel de gestion documentaire ainsi que le TOP 3 des actions qualité à conduire dans chaque service pour l'année 2023. Des référents qualité ont été identifiés par service. Cependant près de 50% de professionnels rencontrés ont dit ne pas avoir connaissance des recommandations des usagers. La culture qualité des professionnels est en partie évaluée par des audits tels que les QUIZZVigilance, questions pour un champion en collaboration avec les services qualité du CHRU de Nancy. Des évaluations des pratiques sont également réalisées telles que des traceurs ciblés sur l'évaluation de la prescription médicamenteuse, l'audit HAS IQSS : prescription antibiotiques en 2022, l'enquête de prévalence infection associées aux soins (IAS) et antibiotiques (Juin 2022), et l'audit sur l'antibioprophylaxie débuté en Janvier 2023. Le CHI-HMV développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il promeut l'engagement du patient via le questionnaire e-satis. Des questionnaires internes de satisfaction sont distribués avec le livret d'accueil. Le taux de retour est faible (2,9%) et en baisse ces dernières années. Le retour des questionnaires est incrémenté dans le projet des usagers. Ces éléments sont également affichés dans les services, diffusés dans les instances et à la commission des usagers (CDU). Des enquêtes ponctuelles ont été réalisées en consultation et en imagerie. Les PREMS (Patient-reported experience measures) et PROMS (Patient-Reported Outcome Measures) sont un axe que l'établissement a prévu de développer. Le service de diabétologie dispose d'un patient expert qui démarre ses activités prochainement, avec des objectifs fixés pour ses activités (ex : amélioration de la consultation d'annonce) et d'un patient partenaire, qui participe à l'éducation thérapeutique (ETP) interne. Des patients partenaires sont inclus dans le parcours de la chirurgie bariatrique, et leur participation est évaluée. Les représentants des usagers participent au copil qualité, au Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Ils valident les courriers de doléances. Ils ont élaboré un projet des usagers articulé avec le projet d'établissement, et suivent sa mise en œuvre. L'analyse des réclamations est gérée en commission des usagers restreinte composée du médiateur médical et non médical, de la direction qualité et des représentants des usagers. Les cadres des unités sont informés des réclamations concernant leur service. Cependant les professionnels ne sont pas impliqués dans l'analyse portant sur leur service. Le nombre de fiches de signalement d'évènements indésirables (FSEI) et les thématiques concernées sont affichés dans le service. Le centre hospitalier assure la promotion de la culture de la bientraitance, veille au respect des droits des patients et de leur famille et lutte contre la maltraitance. Des outils de communication sont mis en place pour promouvoir la bientraitance, sous forme d'affiches, de triptyques. Des actions de formation sont proposées aux professionnels soignants et des ateliers qualité portant sur ce sujet sont ouverts à tous via Teams. Les coordonnées des représentants des usagers (RU) sont affichées à l'entrée de chaque service, dans les salles d'attente, ainsi que les modalités de contact, de même que les coordonnées des associations intervenant dans l'établissement. L'établissement a un médiateur médical et un médiateur non médical. Une médiation est systématiquement proposée au patient qui émet une réclamation. Un support existe pour formuler une réclamation. La maltraitance vis à vis des patients est déclarée via une fiche de signalement des évènements indésirables (FSEI). Pour les situations de maltraitance vis à vis des professionnels, il y a un signalement via une FSEI et un signalement à l'observatoire national des violences en santé (ONVS). Afin d'améliorer l'accueil

des patients aux urgences, des travaux ont eu lieu qui permettent la séparation des circuits selon le mode d'entrée (debout/couché), l'intensité des soins et l'âge des patients. Les procédures nationales relatives à la prise en charge des violences faites aux femmes, aux enfants ou aux personnes âgées sont adaptées localement, un médecin est référent sur le sujet. Cependant, Il n'y a pas de revue annuelle sur le sujet, ni de codage PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). L'accès aux soins de personnes vulnérables est favorisé grâce à plusieurs vecteurs : présence d'assistantes sociales, d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), de convention avec la protection maternelle et infantile (PMI) ...

L'établissement dispose également d'une liste d'interprètes ainsi que d'un accès à un service d'interprétariat en ligne. L'accès aux dossiers est organisé, les délais sont conformes aux recommandations. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Dans le contexte actuel de pénurie de ressources humaines, l'établissement veille à l'équilibre entre les professionnels permanents et remplaçants. Un logiciel interne de gestion des remplacements sur la base du volontariat facilite les remplacements. Par ailleurs, des dispositions transitoires sont mises en œuvre telles que la réduction d'activité, le recours aux heures supplémentaires ou à l'intérim. La gouvernance a déployé une politique d'attractivité pour les métiers en tension avec pour exemple une offre de contrats d'allocation d'études pour les infirmiers de bloc opératoire, les manipulateurs en radiologie, les kinésithérapeutes. Elle met également en place des mesures visant à améliorer l'accueil des internes (projet de réfection de l'internat) et à attirer les praticiens via notamment des temps médicaux partagés avec le CHRU de Nancy. Le projet managérial est en cours de construction dans le cadre du projet d'établissement 2023-2028. Les faisant fonction de cadre bénéficient d'actions de formations. Des réunions régulières sont organisées par la direction des soins pour partager et structurer l'expérience des cadres. La gouvernance soutient le travail en équipe et le développement des compétences. Les programmes de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) déployée en chirurgie favorise le travail en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle. De même que la labellisation IHAB en maternité. Des programmes d'accréditation en équipes sont développés en chirurgie. Des formations sont également proposées pour améliorer le travail en équipe telles que "Communiquer avec ses collègues pour une efficacité du travail d'équipe". Des questionnements et des réflexions éthiques sont identifiés en équipes par les professionnels au sein des unités. Cependant à ce jour il n'existe pas de cadre structurant sur lequel les professionnels peuvent s'appuyer en particulier lors de questionnements éthiques qui pourraient prendre la forme de dilemmes éthiques. Un comité d'éthique s'est réuni la dernière fois en 2019. La gouvernance a fait part de son projet de relancer ce comité en intégrant les professionnels et les représentants de usagers. Concernant la fin de vie, les équipes s'appuient sur l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP). En cas de difficulté particulière, les praticiens font appel à la personne de confiance si besoin, ou à l'EMSP avec un praticien en complément si la situation est très difficile. La politique de qualité de vie au travail est construite notamment sur la base d'une consultation des professionnels en co-pilotage avec les organisations syndicales représentatives à l'initiative de la direction des ressources humaines. Elle est inscrite dans le projet social. Les actions de prévention sont inscrites et suivies dans le cadre du projet social. Il existe des mesures de prévention et de gestion des difficultés interpersonnelles. Celles-ci s'appuient notamment sur un dispositif de déclaration des violences, un soutien de l'équipe d'encadrement et un soutien psychologique accessible et connu de tous les professionnels. Les professionnels peuvent avoir recours à un psychologue ou au médecin du travail en cas de besoin. Des temps de discussion collective sont en place dans les unités. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est en grande partie maîtrisée. Les risques pouvant générer des tensions hospitalières sont identifiés, notamment les épidémies saisonnières, des cellules de crise sont déclenchées en cas de besoin avec les directeurs, les cadres et les médecins. En cas de besoin, les lits d'Hospitalisation à domicile (HAD) sont utilisés pour diminuer la tension sur les lits. Il existe un plan de Gestion de crise Niveau 1 mis à jour en 2022 qui correspond au plan de pandémie grippale, plan canicule, plan de risque épidémique, plan capacitaire estival 2022. Des groupes de travail ont été créés pour mettre à jour le plan de niveau 2 (plan blanc élargi) destiné à la gestion de situations exceptionnelles. Ce plan blanc est en cours de réactualisation dans le cadre de la fusion des établissements (la version disponible date de 2018). Un référent SSE est

identifié depuis mars 2023. Il est en lien avec le CHRU de Nancy. En raison de la crise COVID, l'établissement n'a pas pu organiser d'exercice depuis 2019. Un exercice de simulation ORSAN-AMAVI est programmé en collaboration avec l'Institut de formation en Soins Infirmiers (IFSI) en septembre 2023. Le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel. Les équipes connaissent la procédure de prise en charge des urgences vitales et disposent de matériels uniformisés et vérifiés, ainsi que d'un numéro d'appel direct. Il reste à organiser des exercices internes sur la prise en charge des urgences vitales et à évaluer la procédure. L'établissement dispose d'une Ecole du feu (agrée depuis novembre 2015) qui intervient pour la formation des agents de l'établissement et également à l'extérieur (par exemple mairie de Saint Dié), ce qui permet de valoriser l'image de l'établissement à l'extérieur. La formation interne a permis de former 550 agents. Par ailleurs quatre exercices de simulation d'incendie ont été réalisés. Les professionnels sont informés des mesures de prévention des risques numériques; des procédures dégradées sont activables en cas d'incident. La politique de développement durable est établie sur la base d'un diagnostic initial et déclinée dans le projet d'ES. Des actions sont menées en termes de développement durable avec un référent identifié, des mesures de maîtrise des consommations énergétiques telles que l'installation de panneaux photovoltaïque et la création d'espaces verts. Les projets architecturaux intègrent la politique de développement durable. Les vigilances sont organisées aussi bien de manière descendante qu'ascendante, les référents sont identifiés, nommés et connus des professionnels. Les indicateurs qualité sont majoritairement communiqués et analysés à l'échelle de l'établissement avec les professionnels. Les résultats des IQSS 2022 n'ont pas encore été présentés en commission médicale d'établissement (CME), l'établissement a prévu de les présenter à la prochaine CME. Une charte d'incitation à la déclaration est diffusée des événements indésirables est diffusée. Les professionnels sont formés à la déclaration des Evènements Indésirables (EI) qui sont gérés par la cellule qualité qui les centralise et les réoriente vers les responsables des services concernés. Les fiches de signalement des événements indésirables (FSEI) sont actuellement en version papier, elles doivent être intégrées dans le gestion électronique documentaire (GED) institutionnelle afin de faciliter la déclaration et le traitement des EI. Des rencontres entre la cellule qualité, les référents qualité et les cadres de santé permettent d'étudier, de traiter les EI et mettre en œuvre les actions correctrices. Les événements indésirables graves (EIG) sont majoritairement analysés collectivement selon les méthodes promues par la Haute autorité de santé (HAS) et déclarées sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables. Cependant, un EIG qui s'est déroulé en janvier 2022 n'a pas donné lieu à la réalisation d'un comité de retour d'expérience (CREX), la volonté étant de rassembler tous les professionnels concernés (ce que l'absence de l'un d'entre eux rendait impossible). Un plan d'actions a été enclenché sans que l'analyse des causes ait été effectuée. Les recommandations de bonnes pratiques sont mises à disposition des équipes. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel intègre les retours des patients et la contribution des usagers. Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont le plus souvent analysés avec les équipes et donnent lieu à des plans d'action. Ils sont régulièrement suivis par la commission médicale d'établissement (CME) et la commission des soins infirmiers, des usagers (CDU). Des comités de retour d'expérience (CREX) se réunissent dans les services d'anesthésie-réanimation (dont un début 2023 suite à la décision d'un NOGO au bloc opératoire), en maternité ainsi que sur des thématiques particulières comme la transfusion. Un tableau de suivi recense les besoins journaliers en lits d'aval du service des urgences adultes, le plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval des urgences est opérationnel. Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est renseigné au jour le jour, 7 jours sur 7 pour Saint Dié et Gerardmer, et 5/7 pour Fraize et Moyenmoutier. L'accréditation des médecins est promue au sein de l'établissement. En chirurgie, des chirurgiens sont accrédités. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Mettre en conformité et assurer la maîtrise des risques liés à la prise en charge médicamenteuse sur l'ensemble des sites Finaliser et consolider le plan de gestion des tensions hospitalières et prise en charge des urgences vitales S'assurer du respect de la dignité des patients en USLD Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	880009147	CHI HOPITAUX DU MASSIF DES VOSGES	26 RUE DU NOUVEL HOPITAL 88100 ST DIE DES VOSGES FRANCE
Établissement géographique	880000039	CENTRE HOSPITALIER DE GERARDMER	22 boulevard kelsch Bp 129 88400 GERARDMER FRANCE
Établissement géographique	880000211	CHI DES 5 VALLEES - SITE DE SENONES	2 rue raymond poincaré 88210 Senones FRANCE
Établissement géographique	880000179	HOPITAL DE FRAIZE	42 rue de la costelle 88230 FRAIZE FRANCE
Établissement géographique	880000146	CHI DES 5 VALLEES - SITE DE RAON L'ETAPE	27 rue jacques mellez 88110 Raon L'Etape FRANCE
Établissement géographique	880787692	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CH DE GERARDMER	22 boulevard kelsch 88407 Gerardmer FRANCE
Établissement géographique	880786645	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE DU CH DE SAINT DIE	Rue leon jacquerez 88187 ST DIE DES VOSGES FRANCE
Établissement principal	880000047	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT DIE DES VOSGES	26, rue du nouvel hopital Bp 77246 88187 Saint Die Des Vosges FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
2	Audit système	Leadership		
3	Audit système	Coordination territoriale		
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
5	Audit système	QVT & Travail en équipe		
6	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences	

9			<p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
10	Audit système	Représentants des usagers		
11	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU SMUR
12	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis
13	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport Couché
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
23	Audit système	Dynamique d'amélioration		
24	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences / SNP
25	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite

26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
28	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
31	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
34	Audit système	Engagement patient		

35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif et per opératoire
39	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
40	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
41	Audit système	Entretien Professionnel		
42	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
	Patient		Tout l'établissement	

43	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
45	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
46	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
47	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		précautions standards et complémentaires
48	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
49	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
50	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent	

			Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
51	Patient traceur			
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
54	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os ou injectable
55	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
56	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
	Patient		Tout l'établissement	

57	traceur		Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
58	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire (Bloc général hors endoscopie, hors salle de naissance)
59	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation à domicile Médecine	
60	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires sans dispositif invasif
61	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
62	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap	

63			<p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
64	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
65	Audit système	Entretien Professionnel		
66	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
67	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
68	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
69	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Soins Médicaux et de Réadaptation	
70	Audit système	Entretien Professionnel		
71	Audit système	Entretien Professionnel		
72	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
73	Audit système	Entretien Professionnel		
74	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
75	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
76	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences	

77			<p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
78	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
79	Audit système	Entretien Professionnel		
80	Audit système	Maitrise des risques		
81	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	

---

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

---

