



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**ETABLISSEMENTS  
PUBLICS DU SUD  
HAUTE-MARNE**

2 rue Jeanne d'Arc  
Bp 514  
52014 Chaumont



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 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	26

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

ETABLISSEMENTS PUBLICS DU SUD HAUTE-MARNE	
Adresse	2 rue Jeanne d arc Bp 514 52014 Chaumont FRANCE
Département / Région	Haute-Marne / 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	520780032	CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	2rue Jeanne d arc Bp 514 52014 Chaumont FRANCE
Établissement juridique	520780057	CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	10 rue de la charite Bp 190 52206 LANGRES FRANCE
Établissement juridique	520780024	HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	1 rue terrail lemoine 52400 Bourbonne-Les-Bains 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
Enfant et adolescent
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 de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

Au regard du profil de l'établissement, **110** critères lui sont applicables

# Chapitre 1 : Le patient

Dès son accueil administratif, le patient et/ou ses proches sont informés des modalités de déroulement du séjour au sein des centres hospitaliers du sud haute Marne. Dans le cadre de prise en charge en ambulatoire, cette information est réalisée par la remise d'un passeport ambulatoire en médecine ou par une prise de contact en amont du séjour pour le SSR – MPR par l'équipe médico-soignante. En cas d'admission faite en urgences, les patients ou leurs proches sont peu informés du délai de prise en charge en fonction de leur état de santé. L'affichage de la charte de la personne hospitalisée, de la charte européenne des enfants hospitalisés et la remise du livret d'accueil participent aux rappels de ses droits en tant que patient. Le patient adulte ou mineur peut s'exprimer sur sa maladie, son point de vue est pris en compte toutefois il n'est pas toujours informé des modalités pour soumettre une plainte ou réclamation ou pour déclarer des événements indésirables associés aux soins par lui-même (l'affichage dans les chambres du poster de déclaration d'un EIAS sur le portail de l'ARS n'y concourant pas). Les coordonnées des personnes à prévenir sont vérifiées au niveau du bureau des admissions. Son choix quant à la désignation d'une personne de confiance est vérifié au niveau du service et consigné dans son dossier patient. L'information du patient sur son droit à rédiger des directives anticipées est assurée par le contenu du livret d'accueil remis, sans être présenté, par l'équipe de soins. Un patient sur deux rencontrés s'est dit non informé sur ce droit. Selon les services, l'équipe médicale en explicite le principe et en vérifie alors l'existence (systématiquement en situation de soins palliatifs, fin de vie et selon les situations dans les autres cas). Ces dernières sont incluses dans le dossier du patient de manière variable. En ce qui concerne les représentants des usagers, leur rôle et missions ainsi que les modalités pour les contacter, en majorité les patients ne sont pas en capacité de les citer malgré l'affichage dans toutes les chambres d'un poster présentant les représentants des usagers. Le patient, sans avoir à le demander, est informé sur son diagnostic, son état de santé, ses traitements et ses soins. L'enfant ou adolescent est invité à exprimer son avis sur son projet de soins. Les équipes qui assurent leur prise en charge adaptent l'information délivrée à leur niveau de compréhension, tout en associant leurs représentants légaux. Les patientes de maternité sont invitées à rédiger un projet de naissance qui si elles le souhaitent peut être co-construit avec les sages femmes de consultations. Les patients sont informés des produits sanguins labiles qui leurs sont administrés. Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités de mise en œuvre. En cas d'impossibilité de sa part, la personne de confiance désignée ou les proches, famille, aidants sont rencontrés au plus tôt par l'équipe soignante (médecin référent et cadre de santé) pour établir le projet de soins. Tout au long de son séjour, ses besoins spécifiques sont pris en compte de même que ses attentes et préférences. Au sein de certaines unités des centres hospitaliers de Chaumont, de Langres et de Bourbonne les bains le patient est co-acteur de sa santé bénéficiant d'une information adaptée, d'actions d'éducation à la santé (l'alimentation et la prévention de la dénutrition, la prévention des chutes, tous les conseils pour le retour à domicile des femmes ayant accouché sous format livret, les conseils en santé du programme de restauration fonctionnelle du rachis sur le CH de Bourbonne les bains). Des messages de santé publique sont accessibles en dehors des temps de prises en charge rééducatives sous format livret ou triptyque. Dans la majorité des lieux d'hospitalisation des trois sites, les locaux et les équipements permettent de respecter l'intimité et la dignité du patient. Cependant il existe au sein de quelques services des contextes portant atteinte à ce droit des patients (les patients en attente couchée dans le couloir des urgences sans aucun dispositif pour garantir l'intimité et la dignité, des portes de salles d'examen aux urgences ouvertes, le SSR Gériatrique du site de Chaumont avec un manque de locaux pour personnes à mobilité réduite dont les chambres et leurs salles de bains/WC et en hospitalisation complète en pédiatrie avec un manque de sanitaires dans les chambres des mineurs, la présence d'oculus sur les portes de leurs chambres donnant dans le couloir

du service). La pratique des professionnels apporte une attention particulière au respect de l'intimité lors des soins prodigués aux patients. Les patients mineurs ne sont pas toujours pris en charge dans un environnement adapté à leur âge. En effet au niveau des urgences générales des sites de Chaumont et de Langres, il n'existe pas de lieu ou d'espace dédié à l'accueil et la prise en charge de cette patientèle à l'exception d'une salle d'examen pédiatrique sur Langres. Aucun circuit spécifique pour les mineurs n'a été mis en place leur permettant de ne pas être mêlés à l'accueil des adultes de sorte qu'ils soient dans un environnement adapté à leur sécurité et leur protection. Par ailleurs, les professionnels des urgences n'ont pas eu de formation spécifique à la prise en charge des mineurs de même que ceux les accueillant en médecine ambulatoire. Les patients en situation de handicap et les personnes âgées bénéficient du maintien de leur autonomie durant leur séjour par la sollicitation des personnels à les impliquer dans la réalisation des soins, et lors de leur toilette et des prises des repas. Les professionnels respectent la confidentialité des informations, notamment au niveau de la séquence de distribution des médicaments dans les circulations par une mise en veille de la session d'accès au dossier patient informatisé avec l'écran de l'ordinateur tourné vers le mur lors de l'entrée en chambre. Les modalités de recours à la contention mécanique en cas de besoin sont en grande partie définies; cette dernière fait l'objet d'une prescription médicale initiale mais les durées ne sont pas toujours définies selon le type de prise en charge (MCO, SSR et SLD) et une réévaluation régulière pluriprofessionnelle pour son maintien n'est pas toujours tracée ainsi que l'argumentation de la motivation à ce recours. La prise en charge de la douleur est assurée par des évaluations conduites à chaque prise de poste ou lors de tout acte de soins avec des échelles adaptées aux patients communicants et non communicants, avec mise en place si nécessaire d'un traitement dont l'efficacité est elle-même évaluée. En cas de prescription d'antalgiques en si besoin, le niveau de douleur déclenchant l'administration n'est pas précisé dans un cas sur deux. Avec l'accord du patient, la famille participe à l'élaboration de son projet de soins de manière à répondre au plus près à ses attentes et à une meilleure prise en compte de ses besoins. Les horaires de visite, variables selon les services, peuvent, notamment pour les personnes en fin de vie, être aménagés sur autorisation spéciale pour assurer une présence des proches en tant que de besoin. Il en est de même en pédiatrie où la présence des parents est favorisée et facilitée. Du point de vue de quelques patients rencontrés, des locaux sont estimés non adaptés dans des situations difficiles ne permettant pas des échanges avec le patient et ses proches en toute intimité, confidentialité (UHCD du site de Chaumont et deux unités du site de Langres). Les services sociaux des trois centres hospitaliers du sud haute Marne, dont la PASS située aux urgences de Chaumont, accompagnent les patients, et en particulier ceux en situation de précarité, dans leurs démarches afin de garantir la continuité de leur parcours de santé au-delà de l'hospitalisation. Les conditions de vie environnementales des patients sont, majoritairement, prises en compte dans la préparation de la sortie afin de pouvoir mettre en place les aides nécessaires. En USLD, les patients bénéficient de nombreuses animations afin de maintenir un lien social, dont certaines sont communes avec les résidents de l'EHPAD situé dans un bâtiment contigu.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions fait l'objet d'une réflexion d'équipe prenant en compte les risques et bénéfices attendus. Les décisions, quelles que soient les modalités de prise en charge et les domaines concernés (prescriptions, accompagnement social, etc.) sont argumentées en équipe lors des staffs ou réunions de synthèse et tracées dans le dossier patient en fonction de la pathologie à l'origine de l'hospitalisation, l'état de santé du patient et la prise en compte de ses préférences, dans le respect des recommandations de bonnes pratiques. En soins de suite et de réadaptation, les demandes d'admission font l'objet d'une évaluation (médecin, cadre de santé, etc.) afin d'en apprécier la pertinence ainsi que la charge en soins induite au niveau du service. Le maintien du patient en service de rééducation fonctionnelle ou de SSR est réévalué lors des réunions de synthèse hebdomadaires avec tous les professionnels concourant à la prise en charge. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées médicalement dans le dossier du patient. Les antibio-référents de chaque site ainsi que les médecins infectiologues du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon (CHU de Dijon) apportent leur expertise si nécessaire. La réévaluation entre la 24ème et 72ème heure est effective et tracée dans le dossier informatisé, avec une alerte de rappel sur le module de prescription. Les actes transfusionnels font l'objet d'une analyse bénéfique / risque partagée avec le patient et une évaluation des pratiques professionnelles a été conduite en 2022 sur le respect des bonnes pratiques transfusionnelles. L'orientation du patient au décours de sa prise en charge SAMU/SMUR des sites de Chaumont et de Langres est argumentée avec l'équipe d'aval. Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale. Le dossier médical pré hospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge des patients dans 75% des cas. En effet, toutes les prises en charge font l'objet d'un dossier médical pré hospitalier dont la complétude n'est pas toujours présente pour ceux du site de Langres. De même, toujours sur ce site, l'absence d'analyse régulière des dossiers par l'équipe SMUR ne permet pas l'amélioration des pratiques. Au niveau du Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Chaumont, le tri des patients est réalisé par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) en première intention avant d'être examiné par un médecin de l'unité, ce qui n'est pas le cas au SAU de Langres qui ne dispose pas des compétences d'IAO. En effet l'accueil des patients est assuré par une secrétaire qui réalise le tri des patients en ne faisant référence à aucune échelle. La disponibilité des lits des établissements par les équipes des urgences se fait par appel téléphonique dans les unités. Les patients ne sont pas informés des délais d'attente de prise en charge en fonction de leur état de santé. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Y concoure l'organisation de staffs hebdomadaires en SSR et SLD (où sont présents les rééducateurs ainsi que les diététiciennes, psychologues, assistantes sociales, IDE, AS, cadre de santé et des médecins spécialistes tels que cardiologue ou addictologue), de staffs quotidiens en médecine et obstétrique. Un staff médico-psycho-social est organisé une fois par mois pour la prise en charges des patientes précaires et en lien avec les PMI de ville. Un CADA est présent à Chaumont et les patientes qui relèvent de ce dispositif d'accueil sont suivies à l'hôpital. Les sages femmes de PMI, les sages femmes hospitalières, l'assistante sociale participent à ce staff. La psychologue est aussi présente pour les situations qui la concernent. Majoritairement tous les éléments utiles à la prise en charge sont intégrés dans le dossier patient informatisé du service permettant un partage optimal de l'information, et l'accès au dossier d'hospitalisation du patient est opérationnel si ce dernier a bénéficié d'une prise en charge antérieure. Coexistent encore sur certaines unités (HDJ SSR cardio respiratoire) des dossiers qui sont pour partie informatisée ce qui ne permet pas le partage des informations tracées manuellement pour certains professionnels. La conciliation médicamenteuse est réalisée pour les patients entrant en GCS et sortant de SSRG du site de Chaumont. Le projet de soins est construit avec le patient et l'ensemble de l'équipe

concourant à sa prise en charge, avec une réévaluation régulière au décours du séjour. Le recours à un réseau d'expertise est effectif avec la possibilité de mobiliser des équipes transversales en soutien (équipe mobile de gériatrie, équipe de soins palliatifs, équipe de liaison en psychiatrie, les professionnels des consultations avancées du CHU de Dijon etc.). La coordination de la prise en charge des femmes accouchant par césarienne programmée ou non et des patients bénéficiant d'un acte chirurgical en odontologie se fait entre des professionnels des services du site Chaumont (maternité et médecine ambulatoire) et ceux du bloc opératoire de la clinique présente intramuros dans le cadre d'un GCS. La transmission des informations utiles à la prise en charge est mise à mal par l'absence de dossier patient informatisé communiquant et le manque de traçabilité d'éléments en temps utile. Ainsi pour les mineurs ayant une extraction dentaire au bloc opératoire de la clinique, en post opératoire les IDE de médecine ambulatoire ne disposent pas de prescriptions médicales relatives aux consignes de surveillance ni de prise en charge de la douleur. La sortie de l'unité est validée de manière anticipée par l'anesthésiste et le mineur sort de l'unité sans avoir été vu par l'odontologue la plupart du temps selon les résultats obtenus au score de Chung établi par l'IDE. Les équipes pédiatriques et adultes se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge des mineurs en phase de transition adolescent-adulte. Dans les services accueillant les personnes en fin de vie, le recours à l'équipe de soins palliatifs donne lieu à l'élaboration d'une approche thérapeutique spécifique (prise en charge psychologique adaptée, prise en charge de la douleur, etc.). Une lettre de liaison à la sortie du patient est élaborée permettant d'assurer la continuité des soins à domicile ou dans les structures médico-sociales en aval de l'hospitalisation. Sa conformité et sa remise au patient le jour de sa sortie sont effectifs pour 74% d'entre eux. Le bilan thérapeutique est peu retrouvé dans la lettre de liaison et la remise de la lettre de liaison le jour de la sortie au patient n'est pas effective dans la majorité des cas. Le patient est identifié dès le début de sa prise en charge par la pose d'un bracelet à son nom permettant de délivrer les actes prescrits à la bonne personne excepté dans les secteurs ambulatoires SSR où cette pratique n'est pas mise en œuvre, car les patients sont tous en capacité de décliner leur identité lors des vérifications faites par les professionnels. Si tel n'était pas le cas, un bracelet est alors mis au poignet du patient. L'ensemble des vigilances sanitaires applicables à l'établissement est connu des professionnels et le circuit des alertes ascendantes et descendantes est opérationnel. Une affiche apposée dans les salles de soins reprend ces vigilances avec la mention des coordonnées des différents référents. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont définis dans une organisation placée sous la responsabilité d'une Pharmacie à Usage Intérieur présentesur les sites de Chaumont et de Langres. Les deux pharmaciennes de la PUI assurent l'analyse pharmaceutique quotidiennement qui n'intègre pas les données des dossiers pharmaceutiques des patients. Au sein des unités de prise en charge ambulatoire de SSR ou de médecine, les praticiens ne tracent pas le traitement habituel du patient et ne le prennent pas en considération, laissant le patient gérer son traitement habituel et le médecin traitant réaliser une prescription en cas de besoin. La prise en charge médicamenteuse en ambulatoire n'est pas assurée, les équipes pensant que cela ne relève pas de leur responsabilité. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont majoritairement respectées par les infirmiers avec la vérification systématique de la concordance entre le patient, le produit et la prescription et une traçabilité de l'administration ou le motif de non administration. L'identification du médicament jusqu'à l'administration est peu effective pour les médicaments injectables, les équipes ne disposant pas de mode d'étiquetage répondant aux attendus. Les modalités de gestion de l'autonomie du patient dans la prise de son traitement ne sont pas définies au sein des équipes. Aucune traçabilité de sa capacité et de l'information du patient sur son traitement et les consignes d'administration à respecter n'est réalisée. Ce qui peut générer des situations à risque de surdosage, d'antagonisme ou autre. Ainsi les experts-visiteurs ont pu observer qu'en maternité une patiente avait son traitement personnel en sa possession qu'elle autogérait en sus du traitement prescrit dans l'unité comportant un antihypertenseur. En HDJ SSR/MPR le patient est laissé libre dans la gestion de son traitement habituel ou en cours sans traçabilité dans son dossier. La maîtrise de l'utilisation des médicaments à risque est partiellement présente. D'une part, l'ensemble des services des 3 établissements de direction commune ne dispose pas de liste de médicaments à risques adaptée à leur activité ou à leurs spécialités ; de fait les

services de médecine gériatrique (court séjour, SSRG, SMTI) ont une liste identique à celles de maternité, des salles de naissance, de pédiatrie et de néonatalogie ou de rééducation. Cette liste n'a pas été établie avec les professionnels concernés, ces derniers évoquant une concertation avec le service pharmacie pour le suivi des dotations en médicaments et dispositifs médicaux. Les services des CH de Langres et de Bourbonne les bains disposent d'une liste de médicaments à risque différente de celles des services du CH de Chaumont, ces deux listes ayant été établies par deux pharmaciennes qui gèrent chacune des sites. Les règles de stockage (température, sécurité) de certains médicaments à risque ne sont pas respectées : à l'exception d'un service de médecine et du service de néonatalogie sur Chaumont, des médicaments à risque ont été trouvés stockés dans des conditions ne respectant pas les règles de sécurité : insulines de dosages et de principes actifs (insuline lente et rapide) différents, rangées dans un même contenant, dans la porte du réfrigérateur, ou bien stockées dans un même contenant dans un tiroir du chariot à médicaments. Même constat au bloc obstétrical pour les insulines et les curares. Dans un service d'autres médicaments de diverses familles (en format blister unique) dont des médicaments inscrits dans la liste de médicaments à risque ont été trouvés pêle-mêle dans un contenant d'un chariot à médicament. Les IDE les gardant car ils peuvent être utiles à un moment. Des mesures de sécurisation ont été mises place au sein de certaines unités, telles que les installations récentes d'un réfrigérateur avec alarme sur le CH de Langres, d'une armoire à pharmacie sécurisée par code sur la pédiatrie du CH de Chaumont. Une organisation en place fait que ces médicaments bénéficient d'un étiquetage d'alerte spécifique présent jusqu'au niveau du pilulier ou tiroir du patient permettant un contrôle renforcé. Pour les médicaments à risque thermosensibles cette signalisation n'est pas présente dans la majorité des réfrigérateurs médicaments et les modalités de stockage en place font que des insulines de dosage et de modes d'action différents sont mélangés dans un même bac (tous les services) voire avec d'autres spécialités comme des curares au bloc obstétrical et le mélange de divers dosages de sufentanyl. La réactivité de l'établissement est à souligner pour la correction des modalités de stockage car des actions correctrices sur ces points ont été apportées en cours de visite. Les professionnels ont été sensibilisés aux risques spécifiques induits par l'utilisation des médicaments à risque sur le mode des neverevents. La prescription des produits sanguins labiles et la surveillance post-transfusionnelle font l'objet de la rédaction de protocoles connus des professionnels, à l'exception de ceux relatifs à la prise en charge des risques TACO et TRALI encore méconnus de certains professionnels. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont présentes chez les professionnels qui utilisent les solutions hydroalcooliques de manière opportune, en évaluent le bon usage et connaissent leur taux de consommation. Concernant le risque infectieux, les précautions standards sont respectées par les professionnels et les précautions complémentaires sont mises en œuvre sur prescription, avec l'appui de l'équipe opérationnelle d'hygiène qui procède entre autres à des évaluations régulières du respect des bonnes pratiques. L'environnement du patient est propre au sein de toutes les unités des établissements du sud haute-Marne. Au bloc obstétrical, le risque infectieux est maîtrisé à toutes les étapes de la prise en charge, tant au niveau de la préparation des patientes que du respect des recommandations. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie (prescription, moment, durée, etc.) dans le cas de césarienne sont appliquées. Des endoscopies réalisées sans anesthésie générale se déroulent sur le site de Langres. La désinfection des dispositifs médicaux réutilisables est effectuée par l'équipe du CH de Langres formée régulièrement aux bonnes pratiques de désinfection. Elle assure une traçabilité de toutes les étapes ainsi que celle des contrôles microbiologiques. Le parc des endoscopes est partagé avec la clinique qui se trouve dans les locaux contigus à cet établissement et qui assure leur désinfection dans ses locaux. Cette organisation n'a pas fait l'objet de rédaction au sein d'un document type charte définissant les responsabilités de chacun dans le cadre de l'utilisation de ces endoscopes. Ainsi Le CH n'a aucune visibilité sur le matériel de nettoyage et les contrôles effectués, ne recevant pas les résultats des prélèvements microbiologiques assurés par l'équipe de la clinique. CH et clinique n'ont pas pu présenter l'autorisation préalable de déversement (article L. 1331-10 du CSP) au système d'assainissement collectif. Par ailleurs, la désinfection et la référence du dispositif invasif désinfecté ne sont pas tracées dans le dossier ainsi que la référence du dispositif désinfecté ; ces données ne se retrouvent pas dans le dossier patient, elles sont présentes dans le cahier propre aux endoscopes. Les



conditions de désinfection et de stockage des dispositifs médicaux invasifs ne sont pas totalement respectées du fait de la présence de l'armoire de stockage des endoscopes propres au pied de la table d'examen, de l'absence de traçabilité du bionettoyage de la salle d'examen. Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates (existence de protocoles actualisés, traçabilité dans le dossier des surveillances, évaluation des pratiques). Le risque de dépendance iatrogène est peu maîtrisé du fait d'une faible information du patient et de ses proches sur les risques liés à l'hospitalisation. Des actions de prévention et des interventions pluriprofessionnelles de prévention et de traitement précoce de ces facteurs de risque de dépendance iatrogène sont peu tracées dans le dossier ce qui n'en valorisent pas la mise en œuvre. L'utilisation des rayonnements ionisants est réalisée avec une traçabilité de la quantité de la dose reçue par le patient et délivrance d'une information préalable. Les professionnels utilisent les équipements de protection individuelle et les dosimètres. Pour l'activité d'obstétrique, les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat avec une procédure d'urgence connue des professionnels. Le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. L'équipe trace systématiquement les modalités de délivrance, les doses d'ocytocine injectées, et l'examen du placenta en cas d'accouchement par voie basse. Pour les transports intra-hospitaliers, les professionnels sont formés et les conditions de sécurité et de confort du patient sont respectées (vérification de l'identité du patient, formation des professionnels à la prévention des risques liés au transport de patients, des risques infectieux etc.). Les équipes évaluent leurs pratiques, notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Les modes de prise en charge sont évalués lors des nombreux staffs pluridisciplinaires. L'amélioration des pratiques en se fondant sur l'analyse des résultats cliniques n'a été retrouvée que chez un tiers des équipes des établissements du sud haute-Marne. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont analysés en équipe et des actions d'amélioration sont déployées par service (sensibilisation à l'utilisation des solutions hydroalcooliques, indicateurs spécifiques en obstétrique et maternité, indicateurs liés au risque d'escarres, au risque de dénutrition etc.). Toutefois, toutes les actions d'amélioration ne sont encore initiées (bilan du PAQSS 2022) notamment celles concernant les résultats d'ATBIR, de l'IQSS AVC et dans certaines unités celles relatives à la conformité de la lettre de liaison. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés collectivement en utilisant principalement la méthode « ALARM » avec mise en œuvre d'actions d'amélioration et rétro information auprès des personnels déclarants. De manière générale existe sur l'établissement une dynamique d'analyse des EI, EIAS et EIGS, coordonnée au sein de CREX dont certains existent depuis plusieurs années, CREX filière gériatrique, CREX des urgences de Chaumont, CREX restauration de Bourbonne les bains etc. Les EIGS sont déclarés sur le portail de l'ARS, volet 1 renseigné par directeur qualité/DS. L'Unité Qualité Sécurité des Soins du site met ses compétences logistiques et méthodologiques à disposition des équipes concernées pour organiser ensuite la recherche des causes profondes et ainsi renseigner le volet 2. En 2021 et 2022 3 EIGS ont été déclarés pour lesquels les RMM non pu être réalisées. Cette situation connue de la gouvernance de la direction commune et de la direction du site a été signalée à l'ARS par le directeur compte-tenu de la gravité des faits, de l'absence de démarche d'amélioration des pratiques et de la mise en danger des patients par conséquent. A ce jour la situation n'a pas évolué, d'autres événements sont survenus dont la déclaration n'a pas été faite par les professionnels puisque la démarche d'analyse est mise en échec. Le recueil de l'expérience et de la satisfaction du patient est réalisé par la participation de l'établissement au dispositif e-satis MCO, e-satis SSR ainsi que l'exploitation des questionnaires de sortie remis au patient. Ces données, restent à analyser en équipe en collaboration avec les représentants des usagers, afin que des actions soient mises en œuvre et identifier pour enrichir la démarche d'amélioration continue de la qualité des prises en charge.

## Chapitre 3 : L'établissement

Les établissements du sud haute-Marne ont défini leurs orientations stratégiques en cohérence avec les besoins en santé de son territoire. Ils ont identifié les partenaires de leur territoire avec lesquels ils apportent une contribution au parcours de soins, avec le développement d'un lien privilégié concernant le Centre Hospitalier Universitaire de Dijon, établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire 21 52 dont font partie les centres hospitaliers de Chaumont, et les deux hôpitaux de proximité de Langres et de Bourbonne les bains. Ils ont pour partenaires le GCS Etablissement de Santé Groupe ELSAN pour la Chirurgie et les Unités de Soins Continus, le GCS Pole Logistique Sud Haute Marne incluant la PUI, la biologie, la restauration, la blanchisserie et le dépôt de sang (CHC) et le Centre Hospitalier de la Haute Marne (CHHM) pour la Santé Mentale. Des filières de soins sont développées entre autres autour de la prise en charge des personnes âgées, de la périnatalité, maternité, pédiatre et néonatalogie, de la rééducation fonctionnelle et du SSR cardio respiratoire. Une politique « d'aller vers » est également conduite afin de renforcer les liens en amont de la prise en charge hospitalière, notamment avec la médecine de ville par un accès facilité des professionnels libéraux aux professionnels de l'établissement (accès direct par exemple à un médecin du court séjour gériatrique en journée via une hot line et la nuit avec une astreinte médicale), un développement de consultations avancées sur chacun des sites (en partenariat avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé). En interne et au niveau des patients arrivant aux deux services d'accueil des urgences, l'établissement a travaillé sur des parcours prioritaires comme celui relatif aux personnes âgées avec une intervention quotidienne de l'équipe mobile de gériatrie pour toutes les patients de plus de 75 ans. Le répertoire opérationnel des ressources est quant à lui renseigné quotidiennement. Une messagerie sécurisée permet les échanges d'informations entre les professionnels. Par rapport à la recherche clinique, les médecins peuvent s'appuyer sur l'unité de recherche clinique du CHU de Dijon pour s'investir dans des travaux de recherche. Cependant la promotion de la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire est peu développée par les établissements du sud haute-Marne. L'engagement du patient et le respect de ses droits sont promus par la gouvernance. L'établissement recueille la satisfaction du patient en lui demandant lors de la séquence d'admission son adresse mail afin de promouvoir le dispositif e-Satis, et en l'incitant à renseigner le questionnaire de satisfaction (questionnaires spécifiques selon le type de prise en charge : maternité, rééducation, ambulatoire, etc.) avant sa sortie. Les résultats des questionnaires sont présentés et analysés en Commission des usagers et en Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. L'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patient dans les unités de soins ou sur les résultats de sa santé de son point de vue ne sont pas mises en œuvre à ce jour mais elle est amorcée par une infirmière de pratique avancée sur le CH de Langres qui fait des questionnaires sur la qualité de vie et trace dans le dossier patient. Les établissements mobilisent très peu les actions d'expertise des patients à l'exception de la maternité où des mamans allaitantes partagent leur expérience et au sein de l'HDJ cardio-respiratoire de Chaumont. Les centres hospitaliers de Chaumont, Langres et de Bourbonne les bains veillent à la bientraitance. Une Charte de bientraitance a été rédigée en interne de façon participative avec des personnels issus de l'ensemble des services, et la promotion de la bientraitance est réalisée à travers des formations spécifiques. La lutte contre la maltraitance est une priorité de l'établissement avec la mise en place d'actions de sensibilisation, l'existence d'une procédure datant de 2010 aidant au repérage des situations et précisant les circuits d'alerte. Pour toutes les équipes rencontrées, l'attitude face à une suspicion de maltraitance est d'en parler avec le cadre de santé, de l'évoquer lors des staffs médico-soignants du matin. Les équipes se disent sensibilisées mais elles ignorent les circuits d'alerte définis et s'en réfèrent au cadre de l'unité. Le comité éthique n'est pas cité en ressource externe, davantage l'EMSP. Par ailleurs, la gouvernance



n'évalue pas si le repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients avant leur prise en charge est effectif. Les personnes vulnérables bénéficient d'un accompagnement par le service social favorisant une prise en soins dans la durée. Les représentants des usagers, au-delà de la tenue des réunions de la Commission des usagers, participent à différentes instances. L'accès du patient à son dossier est géré par la direction des affaires juridiques et les délais de remise des dossiers sont suivis et analysés. L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap est assurée sur l'ensemble des bâtiments excepté pour le handicap visuel. Les établissements favorisent l'accès aux innovations pour des patients qui sont adressés au CHU de Dijon pour intégration dans des programmes de recherche clinique. La gouvernance fait preuve de leadership dans son approche managériale. Les orientations prioritaires de la politique qualité / sécurité des soins sont fondées sur une analyse de l'ensemble des données disponibles, avec la prise en compte du bilan des fiches d'événements indésirables, de la satisfaction du patient, des résultats des indicateurs, de la réglementation, des avis des instances, etc. La gouvernance, notamment à travers le Comité Qualité Sécurité des Soins assure le suivi du Programme Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) et porte la culture qualité au sein de l'établissement (participation du directeur et/ou de la présidence de CME à certaines actions du PAQSS comme l'amélioration du courrier de sortie ou la mise en place du groupe bientraitance). Les professionnels sont informés des projets qualité lors de temps de rencontre spécifiques organisés par le service qualité et gestion des risques et les personnels d'encadrement. Mais près d'un tiers n'est pas en capacité de citer des actions du PAQSS en lien avec son activité. Une mesure de la culture de sécurité des soins a été menée conjointement dans les trois centres hospitaliers dans le cadre de la phase une du programme PACTE dont les professionnels rencontrés n'ont aucune connaissance. Des professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins soit en étant référent dans un domaine soit en participant à des ateliers lors de la semaine sécurité patient. L'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités est pilotée conjointement par la direction des soins et la direction des ressources humaines, un pool de remplacement interne et une plateforme de gestion des remplacements externe. Les nouveaux arrivants sont doublés lors de leur prise de poste selon une durée qui varie en fonction du service d'affectation et de la maîtrise des compétences requises. Les responsables paramédicaux bénéficient d'une formation au management via un parcours cadre structuré accompagné par la direction des soins jusqu'à l'obtention du diplôme de cadre de santé. Un coaching des responsables médicaux est également en place lors de leur nomination. Le travail en équipe et le développement des compétences font partie des objectifs des établissements. Le travail en équipe constitue une des bases de la collaboration des professionnels au sein des trois établissements, avec une synchronisation des temps médicaux et paramédicaux séquencée autour de réunions ou staffs au sein des unités, permettant ainsi des temps de partage d'information et favorisant le développement de la cohésion d'équipe. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. Les médecins et les cadres notamment les nouveaux cadres recrutés ont été formés à cette démarche spécifique pacte. Les personnels formés l'ont été au pacte complet. Le déploiement du pacte sur les secteurs est prévu sur 2023. Les établissements promeuvent et soutiennent le recours au questionnement éthique par l'ensemble des professionnels. Un comité éthique commun aux trois centres hospitaliers est ouvert à tous, ce qui participe à la sensibilisation des professionnels. Des formations autour de l'éthique sont inscrites dans le plan de formation depuis l'année 2022: accompagnement fin de vie; philosophie des fins de vie. Une démarche qualité de vie au travail (QVT) est en place dans l'établissement et est impulsée par la DRH autour de l'équilibre vie personnelle et professionnelle, la mise en place des 12 heures, la plateforme gestion de l'absentéisme à court terme. La politique QVT existe avec des axes concernant le bien-être au travail, l'amélioration des conditions de travail, le management bienveillant et participatif ou la communication au sein de l'établissement. En cas de conflits interpersonnels, il existe une possibilité de médiation. Des actions concrètes sur le terrain sont réalisées avec la création d'espaces de détente, la rénovation de salle de pause ou l'acquisition de différents matériels ergonomiques. Lors de difficultés de relations interdisciplinaires ou interprofessionnelles, la proximité des managers, médicaux et paramédicaux, permet d'aborder les sujets dans la recherche de solutions. Si besoin, le service de santé au travail met à disposition un psychologue pour les

professionnels le souhaitant, en toute confidentialité. L'établissement dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. L'établissement a anticipé les risques et menaces auxquels il peut être confronté ; il s'agit essentiellement des risques inhérents aux situations de tension hospitalière, à l'afflux de victimes en cas de déclenchement du plan blanc, aux risques en lien avec la malveillance et du risque lié à un phénomène épidémique. Les modalités du « Plan blanc » (plan actualisé en 2022 en cohérence avec le dispositif ORSAN) sont diffusées et connues des professionnels. La pandémie au CoVid-19 a permis de conforter la dimension opérationnelle des dispositions arrêtées, notamment en termes de pilotage de la cellule de crise. Le plan de sécurisation de des sites de Chaumont et Langres a été élaboré en 2022 en lien avec le responsable de la sécurité ; les personnels connaissent les règles de sécurité en cas de situations critiques. En ce qui concerne le développement durable, aucun diagnostic initial n'a été conduit avec la formalisation d'un plan d'actions en regard des enjeux pour chacun des sites. Les modalités de pilotage en matière de développement durable n'ont pas été définies. Pour autant, la nomination d'un référent développement durable est acté en la personne du responsable des services techniques en lien avec celui du GHT. Le suivi et la réduction des consommations d'eau et d'électricité, optimisation du tri sélectif des déchets sont assurées. Les risques numériques sont pris en compte à travers une organisation reposant sur un système de management de la sécurité des systèmes d'information piloté par le GHT, avec un correspondant et une équipe DPI présents au sein des trois CH. Les professionnels sont sensibilisés aux risques numériques et appliquent les préconisations requises en matière de prévention. La prise en charge de l'urgence vitale a fait l'objet de réorganisations au niveau de chaque établissement. Pour le site de Chaumont mise en place de caisses urgences dans chaque service en complément du sac à dos situé aux urgences que prennent le médecin et l'IDE SMUR en cas d'appel. Sur le site de Langres révision des chariots d'urgence et choix d'un numéro d'appel unique pour la mise en relation directe avec un médecin compétent et pour le site de Bourbonne les bains acquisition de matériel (chariot d'urgence, DAE) et choix de l'appel au 15 en cas d'urgence vitale. Sur l'ensemble des trois sites des formations AFGSU ont été actualisées, animées par des formateurs internes agréés CESU, un exercice de simulation a été réalisé en service de maternité. Malgré toutes ces actions la maîtrise de la prise en charge des urgences vitales n'est pas totale. En effet, les professionnels des 3 établissements ont pour consigne de composer le numéro unique « 15 » en cas d'urgence vitale qui correspond au recours au SMUR intra. Sur le site Bourbonne les bains les équipes se trouvent en relation direct avec la régulation du SAMU. Pour les sites de Chaumont et de Langres, cet appel parvient sur un poste téléphonique dédié situé aux urgences. La réception de cet appel n'est pas systématiquement assurée par un médecin mais par un professionnel de l'équipe des urgences proche du poste. Aucun registre n'est en place permettant d'y inscrire les informations transmises par l'appelant, une transmission orale est ensuite réalisée au médecin du SMUR. Suite à la prise de décision de ce numéro unique d'appel 15, des affichettes ont été mises dans l'ensemble des services cependant sur le site Bourbonne entre autre, d'anciennes comportant d'autres numéros étaient encore visibles. La révision récente du dispositif de prise en charge des urgences vitales sur les trois établissements n'a pas permis l'appropriation de tous les attendus de ce critère impératif en termes de vérification de son efficacité : réalisation d'exercices de simulation sur l'ensemble des secteurs cliniques, logistiques, techniques et administratifs des centres hospitaliers (seul un a été fait en maternité fin 2022), exhaustivité des éléments à vérifier et à tracer lors des contrôles des équipements dédiés (chariots, caisses, sacs d'urgence), suivi du taux de professionnels formés. Les registres de contrôle des équipements dédiés à l'urgence vitale au sein des unités, ne spécifient pas les éléments qui sont vérifiés, le numéro des scellés changés, ni le motif de cette ouverture (vérification mensuelle, utilisation du matériel pour une situation d'urgence vitale ou autre). Une dynamique continue de la qualité de soins est impulsée par la gouvernance. L'actualisation des recommandations de bonnes pratiques est réalisée par les experts métiers. Ces dernières sont ensuite diffusées en CME et en CSIRMT, et accessibles sur la base documentaire intranet de l'établissement. Très peu de revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée (par exemple, taux de transfert à 48h, séjours longs). Le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins est présenté à la Commission des usagers et son

avis est pris en compte pour la mise en place d'actions d'amélioration. Les professionnels des trois établissements ne connaissent pas les actions déterminées par la CDU. Aucun programme prenant en compte l'expérience patient n'est mis en œuvre. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis mais ne font l'objet d'aucune analyse partagée en CME et CSIRMT. Un programme d'actions d'amélioration est mis en place mais il n'intègre pas les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Un professionnel sur deux connaît les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins de son secteur. Pourtant, la direction qualité communique sur les résultats IQSS (au sein des instances dont la CDU, auprès de l'encadrement, et par affichage). L'encadrement communique ces résultats auprès des professionnels par courriels, lors de staffs, ou sous format de "minute qualité". L'établissement a opté pour une diffusion de tableaux récapitulatifs de ces résultats auprès de l'encadrement. Ces tableaux ne comportent pas les non-conformités spécifiques aux secteurs ce qui peut ne pas en faciliter l'appropriation et aider à la définition d'actions d'amélioration. La réalisation du PAQSS relève de l'Unité Qualité de chaque site. Ce dernier ne comporte pas toutes les actions d'amélioration en regard des non-conformités issues des résultats des IQSS. Certaines actions ne sont pas encore initiées, bien que planifiées depuis plusieurs années. Tout ceci ne concourt pas à l'appropriation des actions d'amélioration par les acteurs de soins d'un secteur, élément essentiel pour l'amélioration des pratiques et pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au service des patients. L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables liés aux soins. Les professionnels connaissent les événements indésirables survenus dans leur service. Les événements indésirables graves font, le plus souvent, l'objet d'une déclaration sur le portail de l'ARS, une analyse des causes profondes de survenue est réalisée quand la collaboration de l'équipe médicale et plus particulièrement du chef de service est effective. La CDU est informée des EIGS déclarés et des actions d'amélioration identifiées. Les CH de Chaumont et de Langres sièges d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) améliorent l'organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité. La HAS prononce une non certification et encourage prioritairement l'établissement à : Renforcer la maîtrise de la prise en charge des mineurs notamment aux urgences Renforcer les pratiques autour de la contention Assurer l'orientation des patients par une IOA au SAU de Langres Maîtriser la prise en charge médicamenteuse dont les médicaments à risque, la gestion de l'autonomie des patients et la prise en charge en ambulatoire Renforcer la maîtrise des urgences vitales sur les 3 sites Impliquer tous les professionnels dans la déclaration et l'analyse des IEGS, notamment aux urgences de Langres Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

# 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	520780032	CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	2rue jeanne d arc Bp 514 52014 Chaumont FRANCE
Établissement principal	520000027	ETABLISSEMENTS PUBLICS DU SUD HAUTE-MARNE - CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	2 rue jeanne d arc Bp 514 52014 Chaumont FRANCE
Établissement géographique	520000043	ETABLISSEMENTS PUBLICS DU SUD HAUTE-MARNE - CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	10 ue de la charite Bp 190 52206 LANGRES FRANCE
Établissement géographique	520000019	ETABLISSEMENTS PUBLICS DU SUD HAUTE-MARNE - HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	1 rue terrail lemoine 52400 Bourbonne-Les-Bains FRANCE
Établissement géographique	520783614	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE HL DE BOURBONNE LES BAINS	1 rue terrail lemoine 52400 Bourbonne-Les-Bains FRANCE
Établissement géographique	520782939	UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE CH DE CHAUMONT - CENTRE J-F BONNET	18 r chenevieres 52000 Riaucourt FRANCE
Établissement juridique	520780057	CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES	10 rue de la charite Bp 190 52206 LANGRES FRANCE
Établissement juridique	520780024	HOPITAL LOCAL DE BOURBONNE-LES-BAINS	1 rue terrail lemoine 52400 Bourbonne-Les-Bains FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	7,283
Nombre de passages aux urgences générales	36,189
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	34,977
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	170
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	19
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	1
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	736
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	17
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	21
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	86
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	25
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	72
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0



Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	1
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie + Per-opératoire

7	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>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
8	Audit système	Coordination territoriale		
9	Audit système	Leadership		
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
12	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</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>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
	Parcours		Tout l'établissement	

13	traceur		Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Maternité	
15	Audit système	Engagement patient		
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
	Patient		Tout l'établissement	

17	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
23	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité	

24			<p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Médecine</p>	
25	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <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>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Médecine</p>	
26	Audit système	Maitrise des risques		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
	Patient		Tout l'établissement	

29	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
31	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Urgences > Imagerie > Service
32	Audit système	Entretien Professionnel		
33	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Salle de rééducation
34	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
35	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscope DMR pour endoscopie haute non sous AG
36	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable : Prescription à administration
37	Audit système	Dynamique d'amélioration		
38	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG selon liste établissement
39	Audit système	Représentants des usagers		

40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
41	Traceur ciblé	Accueil non programmé		URGENCES + SMUR
42	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
	Patient		Tout l'établissement	



46	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
47	Traceur ciblé	Accueil non programmé		URGENCES + SMUR + SAMU
48	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
49	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
51	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé	

			Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
54	Audit système	QVT & Travail en équipe		
55	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Maternité	
56	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG selon liste établissement
57	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os : Prescription à administration
58	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire	

			Soins Médicaux et de Réadaptation	
59	Audit système	Entretien Professionnel		
60	Audit système	Entretien Professionnel		
61	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>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
62	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
63	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>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p>	

			Soins Médicaux et de Réadaptation	
64	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
65	Audit système	Entretien Professionnel		

---

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

---

