



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTR HOSPITALIER DE  
MONTIER-EN-DER**

26 rue audifred  
52220 LA PORTE DU DER



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	26
Annexe 3. Programme de visite	27

# 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 de suite et de réadaptation (SSR), 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**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

## Décision

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

# Présentation

CENTR HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	
Adresse	26 rue audiffred 52220 LA PORTE DU DER 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	520780099	CENTRE HOSPITALIER DE WASSY	4 rue Charles de Gaule 52130 WASSY FRANCE
Établissement juridique	520780040	CENTRE HOSPITALIER DE JOINVILLE	34 RUE DE LA PITIE 52300 JOINVILLE FRANCE
Établissement juridique	520780065	CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	26 rue audiffred 52220 La Porte Du Der FRANCE

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

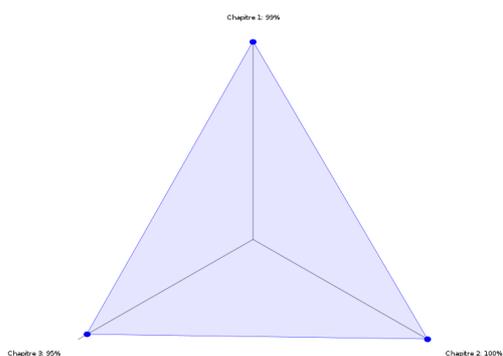
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

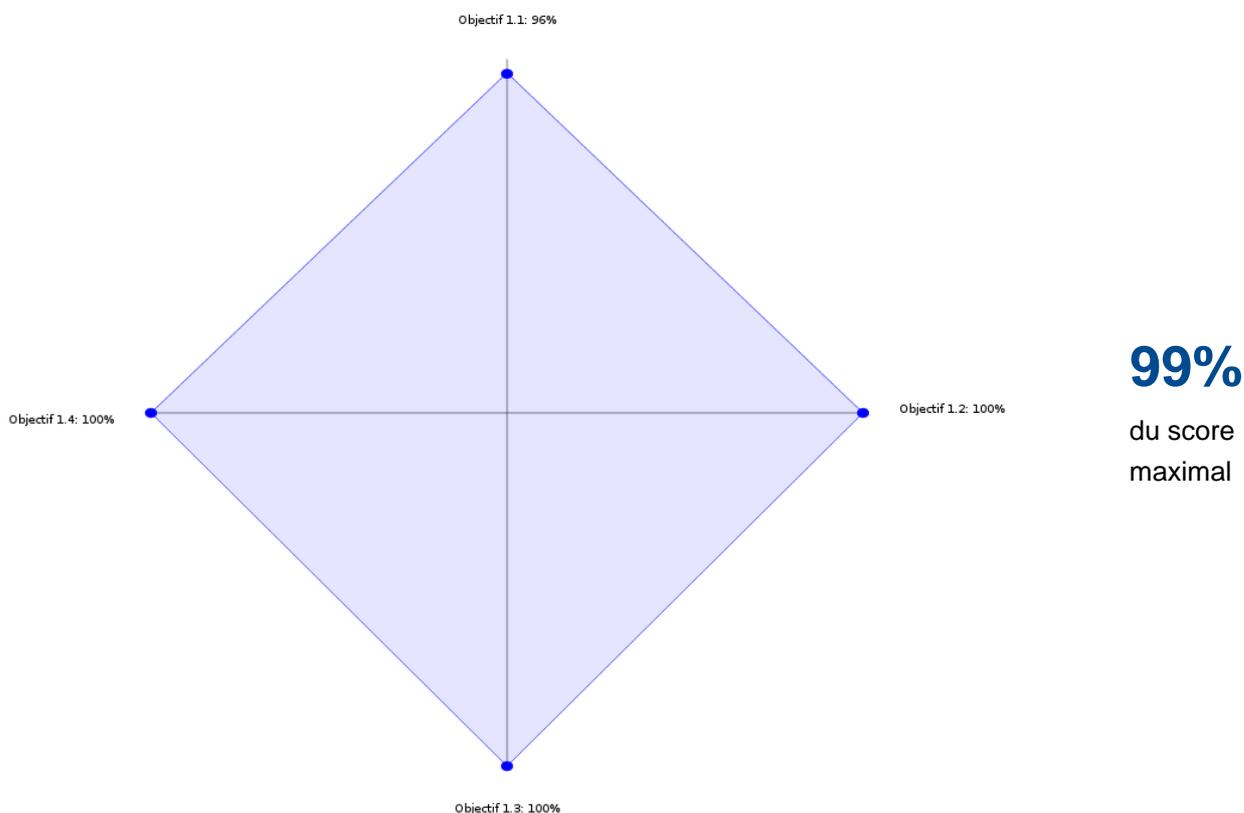
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



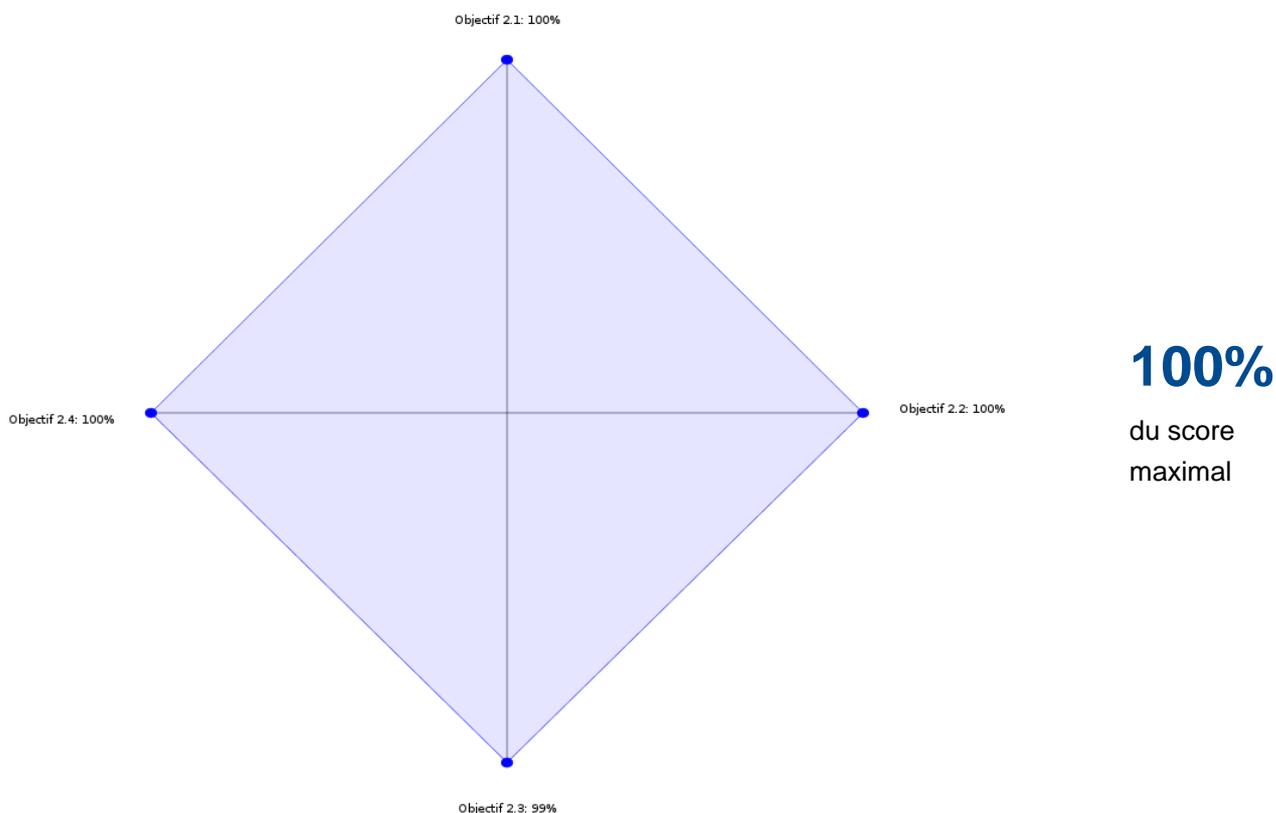
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	96%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les établissements de Montier en Der et de Joinville sont les 2 établissements qui ont fait l'objet de la visite de certification conjointe. Le site de Wassy ne recevant plus de patients pour le sanitaire depuis juin 2022 n'a pas été intégré au programme de visite. Dans ces 2 établissements les patients et les familles confirment la bonne compréhension des informations transmises tout au long de leur séjour. Ils sont associés à la réflexion bénéfique concernant leur prise en charge. De nombreux outils d'information leur sont remis pour compléter les informations orales sous forme de livret : « Guide bon usage des antiseptiques », « vivre avec une prothèse de hanche », « prévention des chutes », « la contention physique » ... Les informations sont complétées par des affiches dans les services des 2 établissements : chartes sur le handicap, la bientraitance, le droit des patients, le contact avec les représentants des usagers et des messages sur la prévention primaire (tabac, alcool, cancers, vaccinations ...). Des fiches explicatives sont remises et explicitées aux patients sur les isolements dans le cadre

de la prévention des infections complémentaires, sur les médicaments à risque et la iatrogénie médicamenteuse. Les patients et leurs familles expliquent qu'ils sont informés sur les modalités de réclamations si besoin. Le livret d'accueil est remis au patient dès son arrivée. Malgré les informations inscrites dans le livret d'accueil, les échanges ont montré que certains patients n'ont pas connaissance du recours possible aux représentants des usagers (RU) et aucun ne connaît la possibilité de réaliser une déclaration d'évènement indésirable associée aux soins (EIAS). Pour pallier ce manque, la gouvernance du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) envisage l'ouverture d'une maison des usagers. Les professionnels sont attentifs à répondre aux besoins des patients de façon adaptée à leur état de santé. Les patients et les familles sont impliqués dans leur prise en charge. Pour tous les patients qui sont en capacité d'exprimer leur consentement libre et éclairé aux soins celui-ci est activement recherché. Un projet thérapeutique est rédigé par le médecin qui prend en charge le patient à son entrée. Celui-ci est informé des préconisations médicales et son consentement ou refus de soin sont tracés. Lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer son consentement aux soins (troubles cognitifs) la famille ou les aidants sont associés au projet thérapeutique. La personne à prévenir est recueillie par le service des admissions et la personne de confiance par les soignants. L'information sur les directives anticipées est délivrée par les soignants lors de l'entrée, elle est incluse dans le livret d'accueil. Les soignants ont une cible dans le dossier patient dont la validation témoigne de l'information délivrée. Des documents institutionnels sur les directives anticipées et la personne de confiance sont disponibles et donnés à chaque patient. L'expression des patients et des proches sur la fin de vie est prise en compte et facilitée par des professionnels titulaires de DU (Diplôme Universitaire) soins palliatifs dont un médecin. Elle est recueillie soit au regard des directives anticipées lorsqu'elles sont rédigées, soit dans les échanges avec le patient. Lorsque le patient est en capacité d'exprimer ses souhaits, il est informé et son consentement aux soins palliatifs est recueilli. Si le patient n'est plus en capacité d'échanger avec l'équipe soignante, la personne de confiance et à défaut la famille sont sollicitées. Le consentement aux soins palliatifs est révoquant le patient et /ou la famille pouvant exprimer son souhait de tenter une thérapie active. Le souhait est pris en compte par l'équipe soignante. Le patient est invité à exprimer sa satisfaction au travers des questionnaires de satisfaction et des enquêtes de satisfaction menées en binômes soignant et représentant des usagers. Les patients expriment leur vécu et ressenti tout au long de leur séjour auprès des équipes qui le tracent dans le dossier et en discutent au moment des réunions de synthèse hebdomadaires. Les patients et les familles expriment qu'ils se sentent écoutés. La bienveillance, la réactivité, l'humanité envers les patients sont des valeurs intégrées dans la prise en charge des patients tout au long du parcours de soins. Les locaux des établissements ainsi que l'organisation des prises en charge permettent le respect de l'intimité et la dignité des patients. Toutes les chambres sont équipées de toilettes et douche. A Joinville, une chambre est équipée pour recevoir des patients en soins palliatifs. Il n'existe pas de plateau dédié à la réadaptation physique, un espace est aménagé dans le couloir et séparé des circulations par des paravents. A Montier en Der, 5 chambres sont équipées et il existe un plateau dédié à la réadaptation physique. Dans les 2 établissements, Les soignants sont très attentifs à ce que les patients soient tous vêtus chaque jour de leurs vêtements personnels. L'évaluation pour l'autonomie et le handicap du patient est régulière et permet la mise en place des aides techniques et humaines adaptées. Le projet de soins intègre systématiquement des actions pour le maintien ou la récupération de l'autonomie. Les professionnels de rééducation participent aux installations des patients avec les soignants et délivrent les conseils pour améliorer le confort des patients. Toute forme de contention, y compris les barrières des lits fait l'objet d'une prescription médicale, d'un suivi et d'une réévaluation quotidienne lors des staffs journaliers. Un livret d'information sur la contention est remis aux patients qui sont concernés et les familles sont informées. La douleur est recueillie systématiquement avec échelle durant les 3 jours suivant l'entrée des patients et à chaque plainte. Si à la fin de ce délai le patient est non douloureux le recueil est espacé à une semaine. Si le patient est douloureux la douleur continue à être systématiquement évaluée quotidiennement. Les patients témoignent de cette évaluation et de la prise en charge adaptée. La prise en charge de la douleur se fait par des moyens médicamenteux mais aussi par des thérapies alternatives comme des massages, des applications chaud-froid. Un médecin et une aide-soignante sont titulaires d'un DU douleur. En cas de besoin il peut être fait appel à l'équipe mobile de soins palliatifs. L'implication du patient et ou ses proches, la covalidation du projet personnalisé de soins sont recherchées tout au long du séjour. Les proches et aidants sont associés à la mise en œuvre du projet

de soins avec l'accord du patient. Les médecins rencontrent les aidants soit sur site soit téléphoniquement sur rendez-vous à la demande de ceux-ci. Lorsque les aidants sont peu présents, les médecins ont une demande proactive et sollicitent eux même une rencontre. La recherche en ressources propres aux situations de vie quotidienne impliquant les patients et leur entourage est favorisée. Une évaluation des besoins et préférences est réalisée dès l'entrée des patients. Les patients et les proches soulignent la disponibilité et l'écoute des professionnels et expriment la bienveillance dont ils font preuve. Leur présence est également facilitée en dehors de horaires de visite. A l'arrivée des patients, le recueil des habitudes de vie et de ses conditions de vie habituelles sont recensées avec le patient et/ou famille par les différents professionnels. Elles sont prises en compte pour l'élaboration du projet de soins et la préparation de la sortie. Pour les patients le nécessitant, des visites à domicile sont organisées par l'ergothérapeute et l'assistante sociale avec ou sans la présence du patient pour organiser le retour du patient sur son lieu de vie. Le travail avec les partenaires extérieurs est commencé rapidement dès l'entrée. L'évaluation sociale est faite dès le premier staff de manière à anticiper les problèmes de retour du patient. Un bilan social est systématiquement effectué à l'entrée pour chaque patient par l'assistante sociale. Elle intervient régulièrement pour les situations complexes notamment dans le cas de patients précaires ou vulnérables et participe à toutes les réunions hebdomadaires. L'assistante sociale anticipe les actions à mener lors de ses absences où le relais peut être pris par l'encadrement de l'unité.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

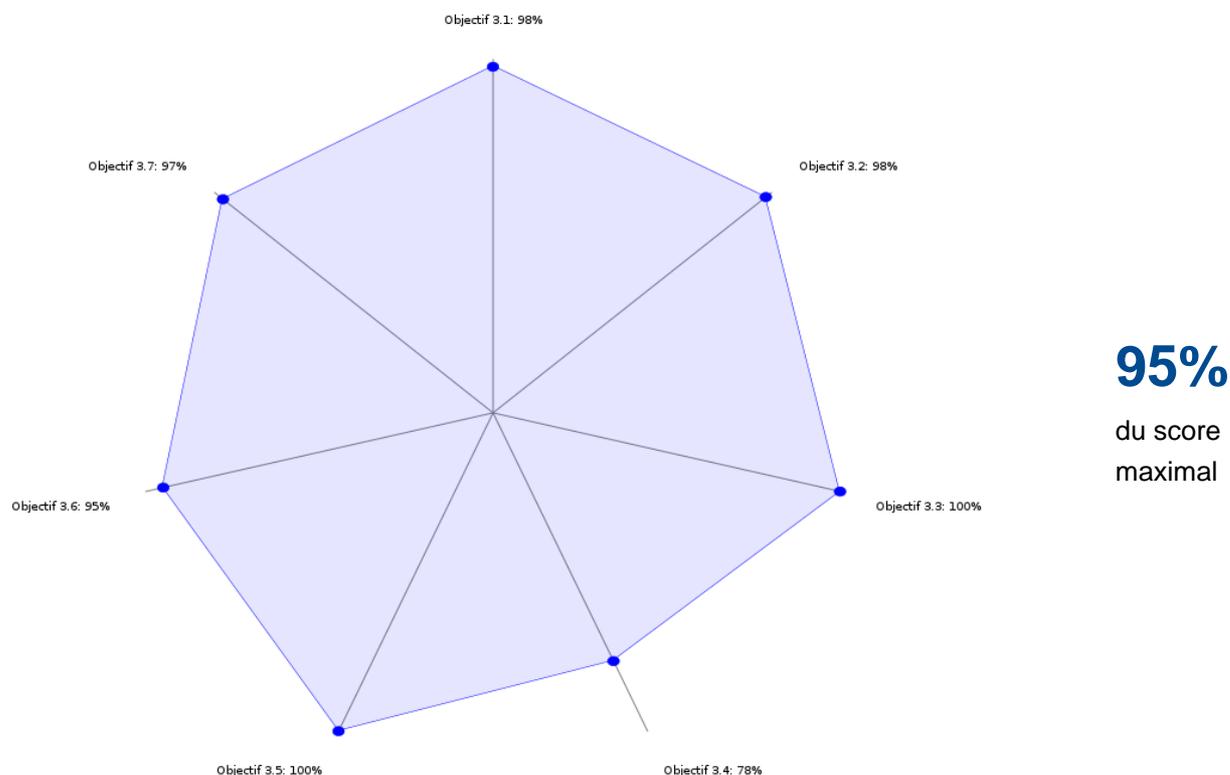
La pertinence des parcours, des actes et de prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent des recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des prises en charge. Les demandes d'admission en SSR sont étudiées par le médecin et le cadre qui donnent leur aval de façon concertée à l'établissement demandeur via le logiciel trajectoire. La pertinence du maintien en SSR est évaluée lors des RCP et tout au long du séjour. Les demandes d'admissions en soins palliatifs font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle. Elle tient compte de la « lourdeur » des charges en soins du service et des ressources humaines disponibles. A Joinville cette capacité d'accueil en soins palliatifs est d'un patient à la fois, tandis qu'à Montier en Der elle est de 2 à 3 patients. Les décisions thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) ou des staffs journaliers. Ces RCP réunissent le médecin, le cadre, le pharmacien, les infirmières, les aides-soignantes, la secrétaire médicale, l'ergothérapeute, le kinésithérapeute et l'assistante

sociale. L'équipe s'appuie sur la traçabilité de la check-list d'entrée afin de faciliter les prises en charge standard. Pour les prises en charge complexes, lors des staffs, ils peuvent faire intervenir des équipes mobiles ou des services comme par exemple la MAIA du CH de Chaumont (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie). Les prescriptions d'antibiotiques (ATB) sont argumentées et réévaluées entre 24 et 72 h. Des alertes du logiciel rappellent les échéances de réévaluation. Les médecins disposent des guides d'antibiothérapie probabiliste. En cas de besoin ils peuvent faire appel à l'infectiologue d'astreinte 24h/24 de l'hôpital de Nancy ou de Saint Dizier ou au médecin biologiste référent en antibiothérapie de l'établissement. À Joinville le pharmacien est le référent antibiotique, il assure des formations aux médecins. Il est sollicité lors des prescriptions ATB si besoin. A Montier en Der ce sont les infectiologues du CH de Saint Dizier. Un point est réalisé régulièrement sur les ATB lors des réunions du comité qualité et sécurité des soins (CQSS) où sont présentés le taux de consommation des ATB et les indicateurs CONSOIRES. Les équipes sont coordonnées et montrent une forte cohésion pour assurer une prise en charge adaptée et continue. La coordination pluriprofessionnelle des équipes est effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins des patients. Elle a été constatée dans les 2 établissements. La mise en place de réunions pluridisciplinaires, staffs médico soignants, transmissions orales et écrites, contribuent à une approche globale et concertée des patients. Ces réunions permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé, de l'évolution du patient et ainsi le réajustement du projet de soins en continu. Les staffs hebdomadaires sont l'occasion de réaliser une évaluation globale de chaque situation, incluant systématiquement les professionnels de soins de support. L'admission est préparée avant l'arrivée du patient avec l'aide d'une check liste d'accueil permettant d'équiper la chambre avant l'entrée du patient au regard de ses besoins. A l'entrée du patient les professionnels réalisent un recueil de données pour recenser les besoins et attentes des patients et pour élaborer le projet de soins qui est adapté et qui intègre les soins de support. Les professionnels peuvent faire appel à des professionnels ressources en interne et externe de l'établissement : 2 médecins titulaires d'un DU soins palliatifs, IDE titulaires DU douleur, DU plaie et cicatrisation, équipe mobile d'intervention de gériatrie (EMIG). Une IDE du CH Saint Dizier pour la psychiatrie de liaison est présente une fois par semaine et permet de faire le lien avec les psychiatres. La prise en charge palliative est maîtrisée et coordonnée au regard du nombre de professionnels formés ou titulaires d'un DU. Ils ont cependant la possibilité d'avoir recours à un regard extérieur en sollicitant l'équipe mobile de soins palliatifs de ST Dizier. Une aide-soignante est titulaire d'un DU soins palliatifs. Elle forme ses collègues pour les soins de confort du patient : installation au lit ou fauteuil, toucher-massages, soins de bouche et autres soins de confort. Pour les patients qui ne sont pas admis pour des soins palliatifs, lorsque leur état de santé se dégrade, un transfert en soins palliatifs est possible lorsque le patient ou sa personne de confiance, famille exprime sa volonté de ne pas être transféré dans un autre établissement. Avant les décisions de mise en soins palliatifs une réflexion éthique pluriprofessionnelle a lieu. L'équipe mobile de soins palliatifs est systématiquement associée à la décision de la mise en place de soins palliatifs. Si besoin, les professionnels peuvent faire appel à des collègues extérieurs pour les aider dans cette réflexion éthique. Le patient et ou la famille disposent de temps de réflexion, s'ils le souhaitent avant la prise en charge palliative. Le dossier patient est informatisé (DPI) et accessible à tous les professionnels le prenant en charge. Chaque catégorie professionnelle réalise ses traçabilités dans les rubriques du dossier qui lui est dédiée. Ces traçabilités ont été retrouvées dans les dossiers des patients. A chaque nouvelle prescription une impression automatique de l'intégralité du traitement est éditée dans le PC infirmier. Elle permet d'avoir à tout moment le dernier traitement en cas de panne informatique. Une sauvegarde du DPI est effectuée plusieurs fois par jour et les personnels y ont accès sur le bureau de leur ordinateur. L'accès au DPI est possible à tout médecin à distance, s'il se trouve dans un des établissements du GHT, facilitant la prescription systématique informatisée. Tous les éléments utiles à la prise en charge sont intégrés au DPI. Tous les professionnels ont accès au DPI, soit en écriture ou prescription, soit en lecture seule. La conciliation médicamenteuse est en place depuis 2017. Elle est effectuée pour les patients qui correspondent aux critères d'éligibilité choisis en Commission médicale d'établissement (CME), et concerne 12 à 15 patients par an. L'organisation de la sortie est anticipée lors des staffs et le médecin prescrit la liste des besoins identifiés en équipe. La lettre de sortie se génère automatiquement dans une maquette prédéfinie à partir des observations rédigées tout au long de la prise en charge. Les médecins revoient les

extractions avant de générer le document définitif. A chaque sortie, la lettre de liaison est remise au patient et envoyée aux médecins référents. Une impression issue du DPI sur la synthèse des derniers bilans parvient également aux partenaires de ville. la lettre de liaison est remise au patient à J0 intégrant le comparatif du traitement habituel et du traitement de sortie. Le bilan thérapeutique est tracé dans le dossier patient au jour de sa sortie. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont mises en œuvre tout au long de sa prise en charge. Lorsque l'identité du patient reste à confirmer avec les documents d'identité une alerte s'affiche dans le DPI indiquant que l'identité est provisoire. En dehors des heures et jours ouvrés l'IDE n'a aucune possibilité d'actions sur le logiciel pour modifier le statut de l'identité ou la corriger si on lui présente les papiers d'identité. L'établissement a pris en compte le constat pendant la visite et a prévu de revoir ses modalités de pré admission pour intégrer la présence des pièces d'identité en amont de l'hospitalisation. Une procédure a également été rédigée pour que l'administrateur de garde assure le changement d'identité via le logiciel en dehors des jours ouvrés. L'organisation des vigilances est effective. Les alertes ascendantes sont réalisées sur une fiche EI, transmise au vigilant concerné. Les alertes descendantes sont réceptionnées par la gouvernance sur une boîte mail générique. En dehors des jours ouvrés et la nuit c'est l'administrateur de garde qui les recueille. Les professionnels connaissent la procédure et les vigilants nommés. La prise en charge médicamenteuse est maîtrisée dans son ensemble : prescription, dispensation, analyse des prescriptions et administration. Une pharmacie à usage intérieur (PUI) est installée sur le site de Montier en Der. A Joinville, il n'y a pas de PUI. Un groupement a été constitué avec l'hôpital de Saint Dizier et c'est la PUI de ce dernier qui le dessert. Les prescriptions donnent lieu à une préparation globalisée nominative pour une période de 15 jours voire moins pour une première prescription en fonction de la durée de celle-ci. Pour les changements de prescriptions, une délivrance quotidienne a lieu durant les horaires de présence du personnel de la pharmacie. En dehors de ces horaires, le service dispose, dans l'infirmierie, d'une armoire à médicaments dans laquelle il existe une réserve. Une dotation d'urgence commune pour la médecine le SSR et l'EHPAD existe dans l'établissement. Elle est doublement sécurisée. Le transport des médicaments entre les deux sites est sécurisé. Il est réalisé par du personnel technique, dans des caisses sécurisées et scellées qui sont réceptionnées par les services techniques de l'établissement destinataires qui les distribuent aux services. Une feuille de traçabilité concernant le nombre des caisses acheminées et distribuées est signée par tous les professionnels impliqués dans le transport. Les médicaments devant respecter la chaîne du froid et les stupéfiants font l'objet d'un transport sécurisé et conforme aux règles de bonnes pratiques. Concernant les produits thermosensibles, les réfrigérateurs de la PUI et des unités permettent une identification de la température par un affichage extérieur. A Montier en Der l'accès à la PUI n'était pas totalement sécurisé en dehors des horaires d'ouverture. Une procédure formalisée permettait à l'administrateur de garde et à une IDE de pénétrer dans la PUI sur autorisation du pharmacien d'astreinte mais sans sa présence. Cette procédure a été annulée en cours de visite. L'astreinte est réalisée sur Saint Dizier où il y a toujours un pharmacien qui ouvre la PUI lors des horaires de fermeture de la PUI. Une nouvelle procédure a été rédigée à J2 de la visite interdisant l'accès à la PUI en l'absence d'un pharmacien et diffusée à l'ensemble des professionnels. L'analyse pharmaceutique est réalisée par les pharmaciens qui disposent de l'accès à l'intégralité du dossier patient y compris la biologie et peut émettre des opinions pharmaceutiques. Les prescripteurs et les IDE disposent d'aides à la prescription-administration, comme le guide de médicaments écrasables. Les médicaments à risque sont identifiés dans les armoires et sur les piluliers par des pictogrammes et tout long du circuit du médicament. La liste est connue des professionnels. Des formations à la prise en charge médicamenteuse sont dispensées aux IDE. En 2022 à Joinville 80% et à Montier en Der 67% des IDE sont formées. Une formation d'un groupe de 8 à 10 IDE est prévue sur l'année 2023. Ces formations sont réalisées par un organisme extérieur. En complément, les pharmaciens informent les professionnels ponctuellement ou à la demande et ont réalisé des documents du « bon usage pour certains traitements », ils réalisent des fiches synthétiques pour certains médicaments : antivitamine K, insuline, neuroleptiques, hormones thyroïdiennes .... La procédure en cas d'accident d'exposition au sang (AEAS) est connue par les professionnels. Un kit AES est à proximité de la procédure et un traitement anti VIH est à disposition dans la dotation d'urgences en cas de prescription médicale. Les équipes maîtrisent le risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en termes de prescriptions, surveillance et traçabilité. La pertinence de leur maintien est réévaluée tous les jours lors des

transmissions inter équipes et lors des RCP hebdomadaires. Des check listes sont intégrées dans le DPI pour le suivi des dispositifs invasifs : sonde urinaire, cathéters, aiguille de Hubert...La traçabilité est assurée sur ces check listes. Les professionnels appliquent les précautions standard et complémentaires pour la prévention du risque infectieux et appliquent les bonnes pratiques pour les isolements des patients. (information, traçabilité, évaluation). Ils connaissent leur taux de consommation de la solution hydro alcoolique (SHA) qui est de 120% à Joinville et de 88% à Montier en Der. Lors de la journée hygiène des jeux ont été proposés aux patients et aux professionnels sur les précautions standards : mots mêlés, mots fléchés, rebus, charades, jeu des 7 familles et « La boîte à coucou » pour l'hygiène des mains. En février 2023, une chambre des erreurs sur les précautions complémentaires a été installée et a accueilli 30 participants. Des sets de table ont été réalisés sur la thématique précautions standard à destination des patients lors de la journée hygiène. Une animation a été réalisée autour de ces sets de table qui regroupaient les 7 principes de la friction des mains, les objectifs et l'importance. Les risques iatrogènes sont identifiés à l'entrée du patient lors du recueil de ses besoins par le médecin et les professionnels paramédicaux : chutes, suicide, fugue, incontinence urinaire, mobilisation, escarres, confusion et iatrogénie médicamenteuse. Ils font l'objet de mise en place d'actions préventives. Le transport interne des patients est maîtrisé et réalisé par les professionnels de rééducation. Les équipes sont sensibilisées à la vaccination. La campagne de vaccination est réalisée sous forme d'affichage, flyer, informations via le bulletin d'informations. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) se déplace dans les services pour assurer les vaccinations dont les vaccins sont dispensés par la PUI. Le taux de vaccination est de 10%. L'analyse des résultats, des freins à la vaccination sont assurés et des plans d'actions mis en place pour sensibiliser les professionnels. Les équipes évaluent leurs pratiques professionnelles. Des EPP « chutes » et « escarres » sont réalisées et suivies en routine par indicateurs. Des évaluations des pratiques par audit sont réalisées (excrétas, port de gants, Identitovigilance, urgence vitale, contention) soit par des auditeurs internes, soit en audits croisés dans les établissements du GHT dont les résultats sont connus des professionnels. Les professionnels participent aux groupes de travail et des référents sont désignés. Les référents sont impliqués dans la réalisation des audits et de la connaissance des résultats des différents audits et indicateurs. En hygiène hospitalière, les référents ont réalisé les quick audits qui ont concerné la gestion des excréta, les équipements de protection infectieuse, la gestion de l'environnement du patient, la prévention des AEAS, l'hygiène respiratoire, les cathéters veineux, le sondage urinaire, la toilette des patients. Les résultats sont analysés par l'IDE hygiéniste et sont communiqués via l'intranet, le bulletin mensuel d'information et lors des réunions avec les référents hygiène (4 réunions par an). Les équipes favorisent le recueil de la satisfaction du patient à travers la distribution du questionnaire de sortie. L'encadrement affiche et discute en réunion d'équipe des résultats afin d'apporter des améliorations. Depuis l'année 2022, les représentants des usagers participent au recueil de la satisfaction en collaboration avec les personnels. Les examens de biologie sont réalisés par le laboratoire de Saint Dizier qui procède à des analyses sur la qualité des pratiques pré analytiques. Les non-conformités sont remontées aux services chaque trimestre et un bilan annuel avec la mise en place d'actions d'amélioration est réalisé. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont connus des équipes (affichage et réunion d'équipe). Les derniers résultats, datant de septembre 2022 identifient des points d'amélioration. Ceux-ci font l'objet de réajustements déjà mis en place. Depuis cette année, l'équipe d'encadrement a déjà évoqué la déclaration des presque-accidents auprès des soignants. Les équipes déclarent les événements indésirables qui font l'objet d'analyses collectives avec la participation des professionnels impliqués (CREX). Les plans d'actions suite aux analyses sont diffusés aux équipes via l'intranet. Les compte rendus des CREX sont diffusés sur les bulletins d'information afin que l'ensemble des professionnels aient la connaissance des actions d'amélioration à mettre en place. Les actions définies suite aux audits, EPP, enquêtes de satisfaction, analyses des EI, sont intégrées au programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) et connues des professionnels. Le PAQSS est synthétisé sous forme d'affiche présente dans les postes de soins. Un « mémoqual » qui reprend les grandes orientations des objectifs qualité du GHT, ainsi que toutes informations importantes telles que les vigilances, les organigrammes, les différentes commissions, les indicateurs est mis à disposition des équipes qui le connaissent.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

Les établissements de Montier en Der et de Joinville adhèrent au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Cœur Grand EST qui est composé de 8 établissements dont le CH de Verdun est l'établissement support. Ces 2 établissements assurent les prises en charge des patients en soins de suite, en médecine à orientation gériatrique et en soins palliatifs. Le CH de Wassy était intégré dans ce groupement et depuis juin 2018 ces 3 établissements fonctionnent en direction commune et assurent la synergie des prises en charge au regard de leur orientation

gériatrique, de leur proximité géographique et des coopérations mises en œuvre. En juin 2022, des travaux de restructuration de l'offre de soins sont engagés par le GHT pour optimiser la répartition et la localisation des lits de médecine et soins de suite. Le CH de Wassy est restructuré vers une prise en charge médicosociale pour les personnes âgées : EHPAD. Dans ce contexte un projet d'augmentation capacitaire en lits de médecine et de soins de suite sur les 2 établissements Montier en Der et Joinville est en cours. Le projet d'établissement est défini en cohérence avec le Territoire. Les orientations stratégiques sont déclinées dans le cadre du GHT Cœur Grand Est. Une dynamique de partage et de travail concerté pour l'ensemble des hôpitaux du GHT est mise en œuvre. Des dispositifs de coordination sont en place comme les pôles médicaux territoriaux qui sont les éléments structurants du projet médical partagé. Les CH de Montier en Der et Joinville font partie du pôle territorial de gériatrie. Ces 2 établissements dans une logique de filière territoriale contribuent à la coordination des parcours et à la fluidité des prises en charge des populations âgées en partenariat avec les autres établissements du GHT. Le parcours patient est structuré autour d'une prise en charge globale, de l'accueil à la sortie, associant les proches et les aidants, intégrant la démarche éducative et la promotion de la santé. Il intègre les dimensions de la sécurité des soins. Les coopérations avec de nombreux partenaires sont effectives : Unité post urgences gériatriques (UPUG) du CH de Saint Dizier, Unité de psychogériatrie du CHHM, MAIA de Chaumont ... Les partenaires sont identifiés pour les différents parcours : Développement des équipes mobiles de gériatrie en extra et en intra (EMIG). L'établissement a structuré sa filière gériatrique bien avant la mise en place des GHT et a été pilote pour le déploiement du logiciel trajectoire. La politique de l'Aller et Venir est très développée de par l'exercice des médecins de ville dans l'établissement. Une maison de santé a été créée ce qui permet d'avoir un lieu d'accueil pour les patients de ville et ainsi identifier rapidement les pertes d'autonomie chez les patients âgés des communes environnantes. L'établissement de Joinville accueille également des patients du CH de Chaumont qui ne fait pas partie du GHT mais proche de l'établissement. Le CH de Montier en DER est membre fondateur de la communauté professionnelle du territoire de santé (CPTS) de Saint Dizier en Der et Blaise. Une unité de post urgence gériatrique (UPUG) est en cours de création sur le GHT afin de prendre en charge rapidement les patients qui nécessitent un séjour en SSR. Des temps médicaux partagés permettront de réaliser les évaluations dans les établissements et ainsi les orientations vers les SSR. Le GHT a répondu à l'appel à projet ARS concernant une plateforme de coordination de la prise en charge de la personne âgée afin de pouvoir l'orienter au bon endroit et ainsi éviter les passages évitables dans les services des urgences. Les établissements de Montier en Der et Joinville sont investis dans ce projet, 2 médecins ont été sollicités pour être membre du groupe sur la " plateforme des admissions non programmés". Un travail a été réalisé sur la pertinence des prises en charge notamment sur les parcours individualisés de la personne âgée. S'il y a un doute sur les capacités d'un patient, ils peuvent faire appel à l'équipe mobile d'intervention gériatrique (EMIG) pour identifier les besoins et orienter les patients en fonction de leur état de santé. L'anticipation des tensions saisonnières est effective. Des réunions de crise sont organisées avec la représentation de la gouvernance de chaque établissement du GHT, les médecins et paramédicaux notamment pour les opérations de délestage. Les usagers peuvent joindre aisément l'établissement via un standard. Les numéros de téléphone des services sont inscrits dans livret d'accueil. L'information est également délivrée auprès des familles lors de l'arrivée du patient. Les médecins de ville dont 5 médecins exercent également dans l'établissement sont associés dans les prises en charge des patients. L'établissement a inscrit dans son projet de soins un objectif sur le développement des professionnels désireux de s'investir dans des projets de recherches. Le déploiement des IDE de pratique avancée est en cours sur l'ensemble du GHT. L'établissement participe au projet ANAP sur les réseaux ville-hôpital. Plus de 150 professionnels du territoire Grand Est y participent dont 60 professionnels du GHT impliqués dans les groupes de travail. Le Répertoire Offre des Ressources (ROR) est actualisé tous les jours de la semaine. L'expression des patients est promue au sein des établissements. Ils ne participent pas à l'enquête e-satis au regard de la population très âgée accueillie (moyenne d'âge 80 ans). Des enquêtes de satisfaction sont menées par un binôme soignant et représentant des usagers. Le recueil de l'expérience patient / vécu est réalisé tout au long du séjour au " fil de l'eau" par les médecins, les paramédicaux et l'assistante sociale. Les patients traceurs réalisés contribuent également à recueillir le ressenti des patients sur leur prise en charge. Le questionnaire de satisfaction est remis à la fin du séjour aux patients et /ou famille et le retour est de 48%. Les équipes ont une

alerte dans le DPI qui leur rappelle de donner le questionnaire de satisfaction 48h avant la sortie au patient et une alerte pour le récupérer. Les résultats des enquêtes de satisfactions, plaintes et réclamations sont présentés aux professionnels lors des réunions et par affichage. Une évaluation du plan d'aide mise en place pendant l'hospitalisation est réalisé à la sortie au domicile par l'EMIG (équipe mobile d'intervention gériatrique). Les médecins qui exercent en intra dans l'établissement étant pour la plupart les médecins traitants des patients permettent le suivi de la prise en charge lors du retour à domicile. Un programme d'éducation thérapeutique depuis 2015 est en place sur la prise en charge du diabète. Le respect des patients et des familles est promu au sein des équipes. C'est une valeur partagée entre les professionnels. Une attention forte est portée au respect des droits, dignité, intimité et confidentialité. La communication est centrée sur le patient et la gouvernance déploie une politique visant à promouvoir la bientraitance et la lutte contre la maltraitance. Des formations à la communication sont organisées et suivies par les professionnels : développement de la bientraitance, toucher massage, respect des droits des patients, gestion de l'agressivité et des personnalités difficiles. L'établissement mène également régulièrement des actions de sensibilisation ou de formation portant sur la bientraitance auprès de toutes les catégories de professionnels. Une formation sur l'humanité a été déployée dans l'établissement et un groupe de travail est mis en place depuis plusieurs années : Comité CLAM (comité de lutte contre la maltraitance). Un Guide de bientraitance - maltraitance est formalisé depuis 2014. Suite à cette formation, un comité de pilotage a été mis en place sur l'humanité pour la mise en œuvre de la philosophie au sein des équipes. La gouvernance explique qu'une équipe bien traitée est une équipe bientraitante. L'établissement reçoit très peu de plainte et de réclamation. En 2022, 0 courrier de réclamation versus 6 courriers de remerciements. Le recensement des cas de maltraitance n'est pas réalisé annuellement à partir du PMSI, cependant lors d'une situation à risque de maltraitance sur personne vulnérable, un signalement au procureur et la mise en place de protection juridique sont réalisés. Les professionnels sont sensibilisés aux détections du risque de maltraitance par des formations externes et au risque de maltraitance ordinaire. En 2022, une démarche évaluative et formative a été réalisée au travers d'un questionnaire d'autoévaluation sur les pratiques bientraitantes. Les professionnels connaissent la procédure de déclaration de maltraitance : rédaction d'une fiche EI, discussion avec l'encadrement. Les locaux des établissements sont accessibles aux personnes à mobilité réduite. Des dispositifs sont mis en place pour les patients en situation de vulnérabilité et de handicap : matériel ergonomique, vaisselle adaptée, loupe pour les patients malvoyants, ardoise, pictogramme, ascenseur pour le handicap visuel, liste des interprètes... Pour les patients en situation de précarité les professionnels leur fournissent un trousseau de linge, un kit de toilette.... L'accès des patients à leur dossier est organisé et une analyse des délais est réalisée, mais les établissements sont très peu sollicités. En 2022, cela a concerné 1 demande. L'alimentation du Dossier Médical Partagé n'est pas encore initiée, la priorité depuis 2022, est de re stabiliser le système informatique suite à la cyber attaque dont ils ont été victimes sur le GHT. Les RU sont impliqués dans la vie de l'établissement. Ils réalisent des enquêtes de satisfaction auprès des patients ce qui leur permet d'identifier des actions d'amélioration à proposer à l'établissement. Ils font partie des groupes de travail et commissions et participent également à la commission qualité et sécurité des soins. Les actions de sensibilisation auprès des patients ont été menées notamment dans le cadre de la préparation à la certification en concertation avec des soignants. Les RU sont sollicités pour donner leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (repas, accueil ...). Ils sont sollicités pour la politique d'accueil et de prise en charge des patients. Le projet des usagers est formalisé et est intégré au projet d'établissement, il est articulé avec tous les projets de l'établissement. Concernant le questionnement éthique, ils n'ont pas encore été sollicités car le comité doit être réactivé prochainement. Les RU sont informés des plaintes et des réclamations et expliquent qu'il y en a très peu dans l'établissement. Ils expriment que l'établissement est accueillant, familial et très dynamique car il y a beaucoup d'actions mises en œuvre pour la prise en charge des patients. La politique qualité est formalisée pour le GHT. La Gouvernance porte une attention particulière pour la décliner auprès des professionnels de terrain qui s'impliquent directement dans des actions. Une équipe qualité est présente sur chaque établissement du GHT. Un Comité qualité et Sécurité des soins (CQSS) est organisé dans chaque établissement. Il permet de suivre les projets et de déterminer les stratégies. Un point qualité est réalisé lors de toutes les CME. Au niveau opérationnel des réunions d'échanges régulières avec l'encadrement et les correspondants sont réalisées. Une « minute qualité » est

réalisée par les responsables qualité auprès des équipes sous forme d'infos flash au moment des transmissions. Les professionnels connaissent une partie des actions du programme Qualité. La communication est effective et efficiente sur l'ensemble de la structure. Les professionnels citent les actions pour leur service : prise en charge de la douleur, accueil des patients, médicaments à risque, évaluation de l'échelle du risque suicidaire, mise en place d'une organisation pour ne pas déranger lors des préparations et administrations des médicaments .... La culture de sécurité positive est ancrée dans l'établissement. Une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables (EI) est connue des professionnels. Une enquête culture sécurité sous forme de quick audit a été menée en 2022 = 60 répondants (88%) et un questionnaire de type QUIZZ sur la gestion des EI a été réalisé lors de la semaine sécurité des patients = 160 répondants. La gouvernance veille à l'adéquation des ressources humaines et des compétences. L'absentéisme est compensé par de l'intérim IDE, des vacataires ou des auto-remplacements. La gouvernance n'hésite pas à procéder à des fermetures de lits si les ressources ne permettent pas la prise en charge de tous les patients. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée : fiche de poste, livret d'accueil du nouvel arrivant, formation hygiène, tutorat au moins pendant 3 jours. Les responsables de l'encadrement bénéficient de formations à la communication en lien avec le Management. Les trinômes de pôle bénéficient d'une formation de 10 jours. Les cadres supérieurs et cadres de santé se réunissent régulièrement pour échanger sur leurs pratiques. En 2023, il est prévu une formation pour tous les encadrants soignants, techniques, logistiques du GHT sur le management avec une dimension de coaching d'équipe. L'établissement impulse et soutient le travail en équipe. Des réunions des équipes ont permis, par exemple de réviser les fiches de poste. Un comité de pilotage de la bientraitance et de l'humanité est en place. Un comité éthique était en place avant la crise sanitaire mais n'a pas été activé au départ de son président. Ce comité est en cours de réactivation, un appel à candidature est organisé. Néanmoins, il existe un questionnement éthique notamment lors des RCP et lorsqu'il y a un risque pour le patient de maltraitance par la famille. Beaucoup de discussions sont menées autour des valeurs du « prendre soin ». Les connaissances et compétences des différentes équipes sont développées au travers des différentes formations proposées aux personnels et à la gouvernance. (formation du trinôme de pôle, éthique, communication). La gestion des conflits est organisée, une psychologue du travail peut intervenir si besoin. Néanmoins les équipes expliquent qu'il y a très peu de conflit car les équipes sont très « soudées ». Si besoin, les professionnels n'hésitent pas à se réunir et à en discuter. Les professionnels expriment que le travail en équipe est développé, ils citent l'entraide, le soutien, l'esprit familial... La formation des professionnels et l'encouragement à l'acquisition de nouvelles compétences sont organisées, de nombreux professionnels sont titulaires de DU. L'évaluation des professionnels est effective tous les ans. Des mini formations sur les précautions standards, EI, directives anticipées ont eu lieu en février 2023. Le plan de formations annuel est formalisé et suivi par la gouvernance. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est déclinée dans le Projet social et le Projet qualité et sécurité des soins. Pour élaborer le Projet social 2019-2023, le choix a été fait d'une méthodologie basée sur l'expression des professionnels, la concertation, avec la constitution de groupes de travail associant dans une même dynamique de réflexion et d'échanges, représentants du personnel et des différentes catégories socioprofessionnelles de tous les établissements du GHT, tels que les infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, personnels administratifs, médico-techniques et techniques, psychologues, diététiciennes, assistantes sociales, cadres de santé, médecins et infirmières de santé au travail, praticiens hospitaliers, ... Le CLACT (Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail) a constitué un levier important pour contribuer à l'amélioration des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail : séances de chitsu offertes aux personnels, séances de bien-être, achat de matériel adapté, étude sur l'égalité professionnelle... Une commission de maintien dans l'emploi permet pour un grand nombre de professionnels d'être reclassé. Une Journée bien-être a été réalisée en mars 2022 où des ateliers ont été organisés : luminothérapie, massages, relaxation. Un appui psychologique a été réalisé pendant la crise sanitaire pour les professionnels qui le souhaitaient. Les professionnels peuvent faire appel à la psychologue du travail si besoin. Les risques sont identifiés et l'établissement répond aux risques auxquels il est exposé. Le Plan blanc a été mis à jour en 2022, les plans bleu, canicule sont formalisés et connus des professionnels. Les établissements sont en 3eme ligne dans le cadre du plan ORSAN. Les exercices « grandeur nature » ont été réalisés lors de la crise sanitaire mais aussi lors des épidémies saisonnières. Un Retex COVID a été réalisé sur tous les

établissements du GHT. La gouvernance participe aux réunions de crise du GHT pour la gestion des tensions hospitalières. Les risques numériques sont particulièrement surveillés. Suite à la cyberattaque d'avril 2022, le système d'information est encore en état de stabilisation. Le changement des mots de passe est demandé tous les 3 mois avec un système bloquant. Les professionnels connaissent la procédure en mode dégradé. Il existe un plan de sécurisation de l'établissement par plusieurs dispositifs : accès fermés le soir, mise en place de « puce » dans les chaussures des patients à risque de fugues et bornes dans l'établissement qui alertent dès que le patient sort du périmètre. La prévention sur l'atteinte aux personnes et aux biens est organisée. Une procédure est formalisée et des fiches réflexe rédigées et connues des professionnels. Une formation des professionnels à la gestion de l'agressivité est proposée. La « formation OMEGA » sur la gestion de la violence et savoir se protéger est intégrée pour tous les professionnels au plan de formation 2023. La politique de Développement Durable (DD) est formalisée dans Projet qualité et sécurité des soins. Des référents DD sont nommés : 2 à Montier et 2 à Joinville et 1 référent DD sur le GHT. Une formation est programmée en 2023 pour l'ensemble des référents. Une demande d'adhésion à l'association C2DS (Comité de développement durable en santé) est en cours de création pour le suivi des actions. Des actions sont mises en place : tri des déchets, recyclage papier, lumières intelligentes... Une sensibilisation des professionnels au DD sur les éco gestes est réalisée au travers du bulletin d'information. La prise en charge des Urgences Vitales (UV) est assurée : matériel à disposition des équipes, évalué, vérifié et traçabilité des vérifications assurées mensuellement. Un numéro d'appel unique est affiché au-dessus du chariot d'urgence. La procédure d'appel connue des professionnels. Les formations AGFSU sont intégrées chaque année dans le plan de formation et suivies par la gouvernance. Les exercices de simulation aux UV et la vérification de l'opérationnalité du dispositif ne sont pas encore réalisés. Un médecin pompier de l'établissement a contacté ses collègues pour organiser ces exercices. Il est également prévu de réaliser des RETEX à chaque prise en charge d'une urgence vitale. La dynamique d'amélioration continue de la qualité est déployée sur l'ensemble des 2 établissements. L'organisation du pilotage est définie en GHT. Des réunions mensuelles sont organisées avec chaque référents qualité des établissements. L'objectif pour 2023 est de développer davantage la culture de l'évaluation. Des outils communs à la qualité et sécurité des soins sont déployés dans chaque établissement du GHT : MEMOQUAL formalisé et déployé auprès des équipes de soins, fiches de synthèses adaptées à chaque établissement, calendrier « de l'avant » pour les démarches de certification avec une thématique identifiée chaque semaine pour la mise en place des actions, et évaluation réalisée par audit. Une capitalisation des démarches de certification des autres établissements du GHT a été menée et il est prévu de réaliser un calendrier de « l'après » pour la mise en place des actions d'amélioration. Les recommandations de bonnes pratiques (procédures, protocoles) sont organisées. Un projet d'uniformisation sur le GHT est en cours mais retardé par la cyberattaque. Les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) sont communiqués, analysés et exploités. Les équipes connaissent les IQSS, leurs résultats et participent aux actions d'amélioration mises en œuvre. Les indicateurs nationaux et internes sont analysés et diffusés aux équipes via l'affichage, présentations des résultats dans les groupes de travail et instances et via le bulletin d'information. Les professionnels connaissent des préconisations des RU : exemple mieux identifier les professionnels .... L'indicateur sur la qualité de la lettre de liaison est suivi par l'établissement au travers du recueils des IQSS annuels. Des actions d'amélioration sont mises en place dès les résultats. Pour exemple les actions d'amélioration ont porté sur la traçabilité du « genre » du patient et la traçabilité de la remise de la lettre de liaison dans le dossier. Une nouvelle évaluation « hors protocole » a été menée en janvier 2023 pour évaluer l'impact des actions d'amélioration. Les équipes connaissent le dispositif de déclaration des événements indésirables et la conduite à tenir en cas d'erreur médicamenteuse : information du médecin, surveillance du patient, déclaration de l'évènement par FEI, analyse en CREX. Les analyses EI sont réalisées par la méthode ORION en CREX et par la méthode ALARM pour les EIG ou haute criticité. Une revue mensuelle des EI est organisée pour identifier et valider la criticité des EI. Les CREX sont décidés lors de ces réunions hormis les EI à haute criticité et EIG qui font l'objet d'une analyse collective sans attendre la réunion mensuelle. L'annonce d'un dommage lié aux soins est réalisée par le médecin avec le cadre et tracé dans le dossier patient. Pour un EIG avec conséquences sur le patient, l'équipe de Direction reçoit également la famille. Une synthèse de tous les CREX est réalisée annuellement et intégrée dans le rapport d'activité. Les plans d'actions sont intégrés au « fil de l'eau » dans le

PAQSS. Le retour des EI aux professionnels est organisé. A Joinville les EI sont déclarés sur l'intranet et le retour est réalisé via ce réseau, à Montier en Der les EI sont déclarés sur fiche EI papier et le retour est réalisé sous enveloppe au nom du déclarant. Un projet de logiciel de déclaration des EI était en cours de mise en place pour l'ensemble du GHT avant la cyberattaque. Ce projet sera repris dès que la situation sera stabilisée.

# 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	520780099	CENTRE HOSPITALIER DE WASSY	4 rue Charles de Gaule 52130 WASSY FRANCE
Établissement géographique	520000084	HOPITAL SAINT CHARLES	4 rue charles de gaulle 52130 Wassy FRANCE
Établissement géographique	520000035	HOPITAL SAINTE CROIX	34 rue de la pitié 52301 Joinville FRANCE
Établissement principal	520000050	CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER EN DER	26 rue audiffred 52220 LA PORTE DU DER FRANCE
Établissement juridique	520780040	CENTRE HOSPITALIER DE JOINVILLE	34 RUE DE LA PITIE 52300 JOINVILLE FRANCE
Établissement juridique	520780065	CENTRE HOSPITALIER DE MONTIER-EN-DER	26 rue audiffred 52220 La Porte Du Der 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	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		patient assis > plateau rééducation
8	Audit système	Maitrise des risques		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque PER OS
11	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament à risque
	Parcours		Tout l'établissement	

13	traceur		Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
15	Audit système	Leadership		
16	Audit système	QVT & Travail en équipe		
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

20	traceur		Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
23	Audit système	Dynamique d'amélioration		
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		précautions stds ou complémentaires
25	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		psl > NA
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		précautions stds ou complémentaires
27	Audit système	Représentants des usagers		
28	Audit système	Coordination territoriale		
29	Audit système	Engagement patient		

---

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

---

