



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE
CERTIFICATION

HOPITAL FORCILLES - FONDATION COGNACQ JAY

Lieu-dit forcilles
77150 FEROLLES ATTILLY



Validé par la HAS en Février 2026

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Février 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	18
Objectif 1.2 : L'information du patient	19
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	20
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	21
Chapitre 2 : Les équipes de soins	22
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	22
Synthèse du chapitre 2	23
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	28
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	29
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	31
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	33
Chapitre 3 : L'établissement	35
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	35
Synthèse du chapitre 3	36
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	40
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	41
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	43
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	44

Préambule

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

Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé, aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

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

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

Présentation

HOPITAL FORCILLES - FONDATION COGNACQ JAY	
Adresse	Lieu-dit forcilles 77150 FEROLLES ATTILLY FRANCE
Département / Région	Seine-et-Marne / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750720468	FONDATION COGNACQ-JAY	17 rue Notre Dame des Champs 75006 Paris FRANCE
Établissement principal	770020477	HOPITAL DE FORCILLES - FONDATION COGNACQ JAY	Lieu-dit forcilles 77150 FEROLLES ATTILLY FRANCE

Les critères évalués

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

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel
 Radiothérapie
 Soins critiques
 Soins Médicaux et de Réadaptation

Population
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **14** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **5** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **10** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 1 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 4 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 1 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **13** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

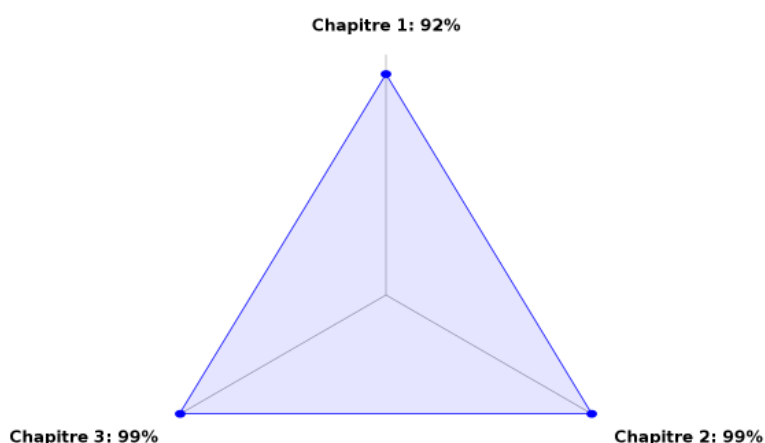
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS a le plaisir d'attribuer la certification avec mention "Haute Qualité des soins", une distinction qui reflète l'engagement de l'établissement et des équipes dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

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

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	92%
Chapitre 2	Les équipes de soins	99%
Chapitre 3	L'établissement	99%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

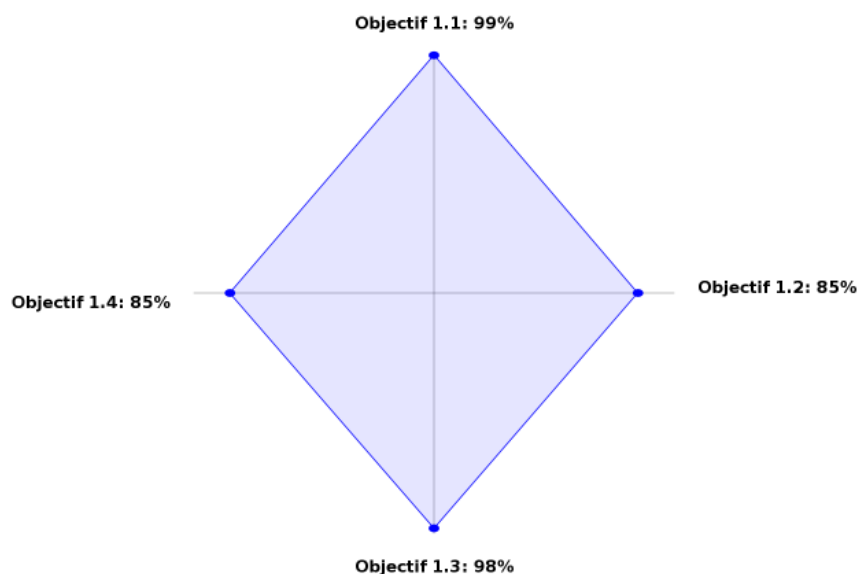
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager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

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	33%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	25%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	69%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	99%
1.2	L'information du patient	85%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	85%

Synthèse du chapitre 1

Le patient est respecté dans ses droits.

Les patients témoignent du respect de leur intimité et leur dignité. Une partie du domaine a déjà bénéficié d'une réhabilitation des locaux. Ils sont accueillants, spacieux, propres avec une majorité de chambres individuelles. Pour certaines prises en charge pour lesquelles les patients sont ensemble dans une même pièce comme en chimiothérapie, des paravents sont disponibles et utilisés lors des soins. L'accès aux locaux est facilité et les ascenseurs sont équipés d'informations sonores facilitant le repérage.

La confidentialité et le secret professionnel sont respectés. Les écrans d'ordinateur se mettent en veille, aucune donnée n'est visible par une personne non autorisée et les annonces ou informations médicales sont toutes données dans des espaces préservant la confidentialité.

L'information du patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées se fait en deux temps. Lors de la macrocible d'entrée, l'infirmière informe le patient, recueille ses directives s'il en a, à défaut l'informe de la possibilité d'en rédiger et lui propose un accompagnement s'il le souhaite. Dans ce cas, c'est le médecin qui prend le relais. Le sujet est également abordé avec les correspondants externes. Lorsque les directives anticipées sont rédigées, elles sont majoritairement retrouvées dans le dossier du patient.

La douleur est anticipée et soulagée. Outre la prise en charge médicamenteuse, l'établissement développe d'autres solutions alternatives comme l'aromathérapie, l'hypnose, les massages, la luminothérapie. En soins palliatifs, un chat fait partie de la maison qui accueille aussi des chiens visiteurs dont on connaît les bienfaits, au moins sur le plan psychologique et émotionnel.

La bientraitance est au cœur des préoccupations. Les besoins élémentaires sont respectés. La maltraitance que pourrait subir le patient en dehors de l'établissement fait l'objet d'un repérage et suivi. Un dispositif de signalement interne dédié est à disposition pour déclarer tout acte de maltraitance interne ou externe. Deux cas de maltraitements externes ont été identifiés et codés via le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) en 2024. Une équipe d'assistantes sociales est en poste pour accompagner les patients.

L'accès du patient à son dossier est organisé et suivi. L'information est donnée au patient dans le livret d'accueil. 46 dossiers ont été demandés en 2025. Une grande proportion des demandes correspond au changement de lieu d'habitation de patients suivis pour pathologie chronique. Le délai moyen d'obtention du dossier est de 2,6 jours.

La prise en charge des personnes défuntées et de leur entourage se fait dans le plus grand respect. La chambre mortuaire fonctionne avec du personnel dédié et formé à l'accueil du corps et de la famille. Les équipements de transport du corps respectent la dignité et la confidentialité de la personne défunte. En cas de décès en dehors d'un service d'hospitalisation, le patient décédé est transporté jusque dans une chambre permettant une présentation digne à la famille.

Le patient est informé.

L'information débute dès la consultation. Les éléments sont accessibles dans le dossier du patient. Le

patient témoigne de l'information qu'il a reçu sur son séjour. Un livret d'accueil en version dématérialisée est accessible via un QR code qui est également affiché sur chacune des portes des chambres. En complément, une version papier est disponible à la demande. Les droits mais aussi les devoirs du patient et de son entourage sont précisés. La traçabilité de la désignation de la personne à prévenir est retrouvée dans le dossier patient.

Le patient déclare connaître les informations liées à son diagnostic et ses modalités de prise en charge. Il porte un bracelet d'identification permettant de garantir sa sécurité. Il est prévenu en cas d'événement indésirable associé aux soins. En revanche, seulement 70% des patients interviewés savent que les équipes vont alimenter son DMP (dossier médical partagé) sauf s'ils s'y opposent et qu'ils peuvent le consulter.

En prévision de sa sortie, le patient est informé de tous les actes pratiqués, des consignes de sortie et des actes à prévoir. Un bilan thérapeutique au sens d'un comparatif entre le traitement d'entrée et celui de sortie avec les explications nécessaires n'est pas systématiquement retrouvé. On retrouve néanmoins, dans la lettre de liaison à la sortie, les modifications de traitement intervenues en cours de séjour. En cas de complications une fois sorti, le patient a accès à des numéros et adresses mails inscrits sur le dossier de sortie. Pour certaines prises en charge spécifiques comme pour les patients sous pompe à insuline, ils disposent à la sortie du numéro de l'infirmière coordinatrice et de celui de l'infirmière de diabétologie pour un recours H24.

Malgré la diffusion des contacts des représentants des usagers (par exemple : livret d'accueil, salon de rencontre dédié, affichage sur écran), à peine un patient rencontré sur deux se dit informé de leur existence. De même, à peine quatre patients sur dix connaissent les associations de bénévoles pouvant les accompagner et seulement trois sur dix savent comment contacter ces mêmes associations et les représentants des usagers.

Le patient est engagé dans son projet de soins.

Il exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités. Un seul des neuf patients interviewés exprime le fait qu'il ne s'est pas senti associé aux choix de sa prise en charge. L'évaluation initiale est complète et multidisciplinaire selon la pathologie. Un entretien avec le patient est organisé dès l'admission. Tous les éléments sont tracés dans le dossier du patient. En diabétologie par exemple, tous les patients en hôpital de jour ont un bilan d'éducation partagé et les objectifs éducatifs sont définis selon plusieurs objectifs et élaborés avec le patient.

La personne de confiance est identifiée dans un formulaire spécifique qu'elle a signé et qui est retrouvé dans le dossier patient.

Des informations sur différentes prises en charge sont disponibles. Par exemple en cancérologie, des livrets ou flyers sont accessibles sur le cancer du sein, les perruques ou accessoires ou la dermo-cosmétique. Autre exemple, un flyer destiné à préparer la consultation des patients insuffisants cardiaques. Six programmes d'éducation thérapeutique labélisés sont offerts aux patients sur les sujets suivants : réhabilitation en pneumologie, obésité, stomathérapie, diabète et radiothérapie.

Le handicap est toujours pris en compte dans le projet de soins élaborés avec le patient. En endoscopie par exemple, les équipes ont défini un parcours spécifique protocolisé pour les patients avec un

handicap mental. En réanimation, une chambre est équipée pour accueillir un patient présentant un handicap physique.

Le territoire fait état d'un fort taux de précarité sociale. L'établissement y répond. Il dispose d'un pool d'assistantes sociales qui accompagnent les patients lorsqu'ils le souhaitent. Les carences en soin, en dehors de la pathologie nécessitant l'admission, sont recherchés. L'établissement dispose également de plusieurs diététiciennes et deux dentistes sont récemment arrivés.

Pour les quatre patients âgés dont la qualité et la sécurité de la prise en charge a été évaluée en cours de visite, il a été constaté une prise en compte du maintien de leur autonomie et une attention particulière sur la iatrogénie. L'échelle de KATZ est utilisée pour mesurer le niveau d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne. Un gériatre est disponible pour chaque service.

Des messages de prévention sont distribués : vaccination, violence, alcool par exemple.

L'établissement permet aux proches et aidants de s'impliquer. Les visites sont autorisées de 13H00 à 20H00, permettant par exemple d'accompagner le patient pour son dîner. En éducation thérapeutique pour le diabète, il est proposé à l'aidant d'accompagner le patient tout au long de sa semaine en hôpital de jour. Il participe aux ateliers et peut dormir sur place. Pour les situations cliniques difficiles, des espaces sont prévus pour assurer confidentialité, intimité, ressource pour les aidants et les patients.

Les patients et leurs représentants s'impliquent dans la vie de l'établissement.

Pour le court séjour, sur l'établissement est répondant au dispositif national de mesure de la satisfaction des patients en ligne mis en place par la HAS (e-satis). En complément, il a développé des questionnaires internes et analyse les verbatims. Des questionnaires sur des thèmes transversaux complètent l'ensemble. Le patient témoigne de ce dispositif. Il sait également qu'il peut procéder à une réclamation, néanmoins, moins de deux patients sur dix savent qu'ils peuvent faire un signalement d'événement indésirable associé aux soins. De même, un peu moins de quatre patients sur dix connaissent l'existence du médiateur. Le macaron indiquant le niveau de certification actuel ainsi que les résultats des indicateurs qualité – sécurité des soins nationaux ne sont pas affichés lisiblement aux points d'accueil de l'établissement.

Ce recueil de la satisfaction et de l'expérience patient sont pris en compte dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Un retour mensuel est réalisé dans les services et le comité de direction suit également les résultats. La méthode AMPATI a également été mise en place il y a environ 18 mois dans le cadre de la pose de gastrostomie percutanée endoscopique. Elle met l'accent sur le récit et la perception du patient.

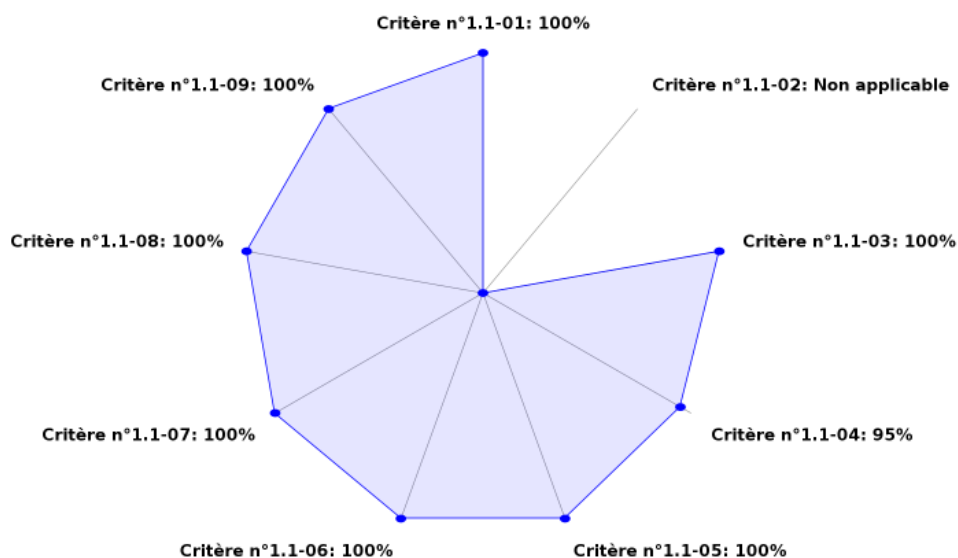
L'établissement s'est engagé dans la démarche des patients partenaires. En diabétologie, un patient expert intervient une fois par mois dans le cadre d'un atelier sur le vécu des patients sur leur maladie et sur des questions sociales. Ce patient partenaire n'est pas associé à des démarches collectives d'amélioration des pratiques de type retour d'expérience par exemple. En oncologie, deux patients partenaires sont en cours de recrutement, notamment sur les thérapies orales. La pneumologie mène une recherche active sans résultat à date.

Les représentants des usagers sont au nombre de quatre. Ils sont volontaires et impliqués. Ils ont élaboré un projet des usagers autour de quatre axes en cohérence avec le projet d'établissement

auquel ils ont participé. Ils sont associés et peuvent donner leur avis. Ainsi ils participent à de nombreuses commissions : éthique, risque infectieux, alimentation, douleur ... et sont invités à la commission médicale d'établissement. Ils donnent leur avis sur les plans et locaux et font des propositions. Les réunions de la commission des usagers leur permettent d'être informés des plaintes et réclamations, des événements indésirables et de la satisfaction patient. Ils donnent alors leur avis et suivent les suites données. A noter qu'un des représentants a déjà été associés à deux retours d'expérience. Un autre a participé au recueil du récit et de la perception du patient dans le cadre de la démarche AMPATI. Ils disposent enfin d'un local accueillant pour recevoir les patients et/ou leur entourage.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

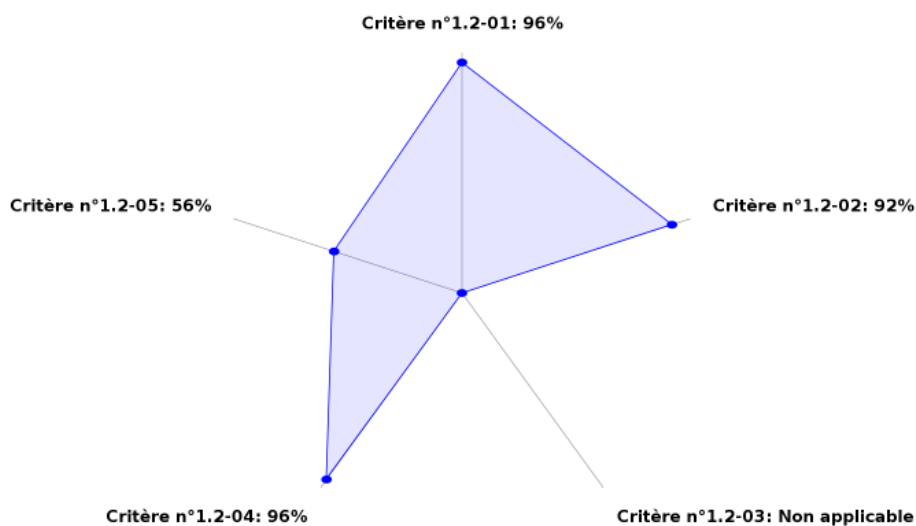
Score de l'objectif **99%**



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

Objectif 1.2 : L'information du patient

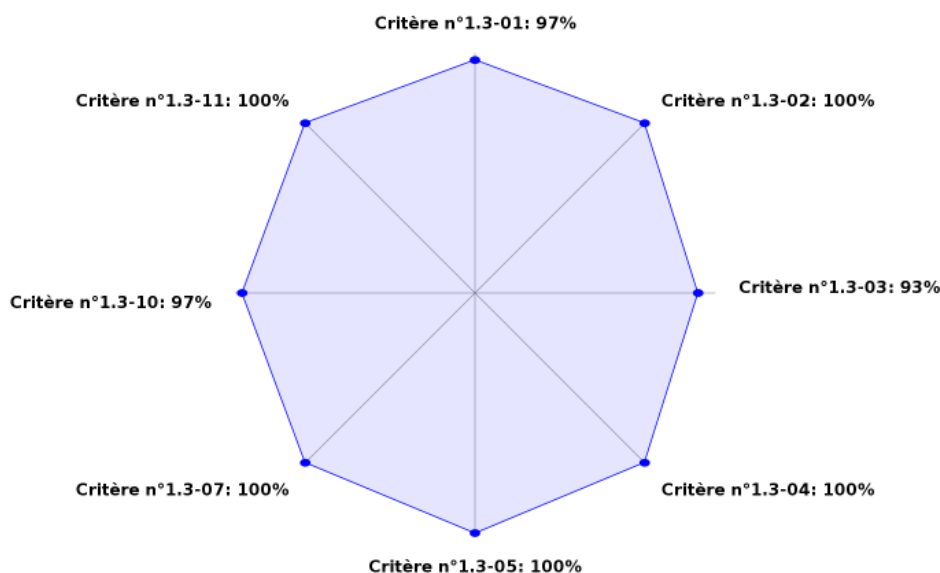
Score de l'objectif **85%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	96%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	92%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	Non Applicable
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	96%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	56%

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

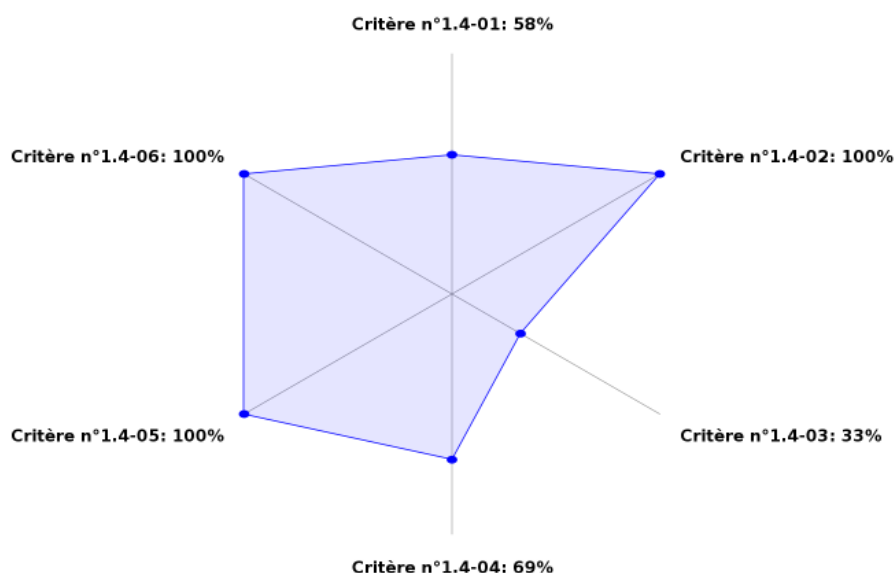
Score de l'objectif **98%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	97%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	93%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	97%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **85%**

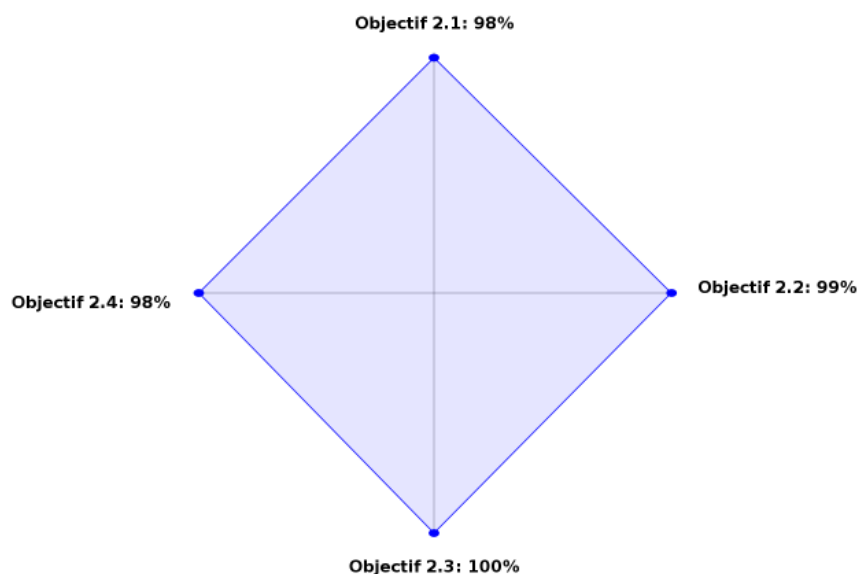


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	58%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	33%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	69%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **99%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	98%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	99%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	100%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	98%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes sont coordonnées.

Les consultations externes font partie intégrante du parcours patient. Elles sont organisées de telle sorte que le patient peut bénéficier d'un accompagnement en cas d'examens complémentaires préalables à une hospitalisation. Le dossier patient intègre les éléments de la consultation.

Tous les intervenants saisissent leurs observations, prescriptions et traçabilités dans le dossier patient informatisé. La biologie et l'imagerie qui sont externalisées importent les résultats et images dans le dossier patient informatisé. La navigation est aisée pour passer d'un document à l'autre.

Le projet de soins est élaboré avec toutes les parties prenantes et en associant le patient. Par exemple en diabétologie et dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique, le patient peut choisir entre activités collectives et/ou individuelles. Les équipes disposent de nombreux correspondants experts. En interne par exemple sur la prévention du risque infectieux, la prise en charge de la douleur ou encore l'antibiothérapie. Dans le cadre de consultations avancées, par exemple, en urologie, cardiologie, neurologie, dermatologie ou chirurgie vasculaire. L'établissement a recours à la HAD.

La conciliation médicamenteuse d'entrée est réalisée pour tout patient sous chimiothérapie orale. En dehors de cette situation, elle se fait à la demande des médecins. Le bilan médicamenteux est accessible dans le dossier patient informatisé. Un bilan de la conciliation a été réalisé en 2024. Dans les dossiers examinés en cours de visite, il n'a pas toujours été retrouvé les trois sources d'information.

La démarche palliative est structurée. En dehors du service de soins palliatifs, une équipe mobile permet d'apporter son expertise aux autres services. Plusieurs professionnels sont formés aux soins palliatifs. Une astreinte départementale dans le cadre d'une filière labélisée est opérationnelle. Les LATA sont réalisées et accessibles.

Les troubles nutritionnels sont évalués. Des diététiciennes sont salariées. Les patients de diabétologie bénéficient d'une évaluation de l'état nutritionnel à l'entrée. Pour les autres patients c'est à la demande. La prestation repas est externalisée. Le comité de liaison alimentation nutrition veille à la qualité nutritionnelle des repas. Y assistent une diététicienne, la qualité et la direction des soins. Des contrôles inopinés sont réalisés. La satisfaction patient est recueillie.

Le bloc d'endoscopie représente le seul secteur interventionnel. La charte du bloc d'endoscopie est rédigée, validée et diffusée. La programmation est réalisée comme pour un bloc opératoire. Une salle est toujours réservée pour les urgences. La SSPI est dédiée. La qualité des informations transmises entre le service et le bloc d'endoscopie est évaluée.

Le brancardage est interne, fluide, respectueux de la confidentialité des informations, du confort patient et de la sécurité. Le week-end et jour férié ce sont les aides-soignants qui assurent la mission. Les effectifs le permettent.

L'organisation des soins à la sortie est anticipée permettant au patient de disposer de ses prescriptions de médicaments et de matériels. Les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie en cas de retour à domicile sont suivis par le directeur financier en lien avec le médecin DIM. Les indicateurs

nationaux montrent une conformité de 75% en MCO et 87% en SMR ce qui témoigne d'une progression eu égard aux résultats antérieurs.

Les risques liés aux pratiques sont maîtrisés.

Les bonnes pratiques d'identitovigilance sont respectées. Les patients portent un bracelet d'identification. Le dossier patient est informatisé.

Les bonnes pratiques de prescription médicamenteuse sont respectées. Tout médicament est prescrit sur le logiciel du dossier patient. Les prescriptions médicamenteuses conditionnelles examinées en visite montrent qu'elles sont associées à une valeur seuil. Il n'a pas été constaté de retranscription.

Les bonnes pratiques de dispensation et d'approvisionnement sont maîtrisées. La pharmacie adhère à une centrale d'achat. Les services d'hospitalisation complètes bénéficient de la DJIN du lundi au vendredi. En compléments ils ont une dotation pour besoins urgents. Les autres services à temps partiel ont une dotation de service. La pharmacie est ouverte en continu du lundi au vendredi hors jour férié de 8H30 à 17H30. En dehors des heures d'ouverture une astreinte pharmaceutique est en place. En complément une dotation établissement est en place. Une convention est également passée avec le centre hospitalier de Melun pour des prêts de médicaments de PUI à PUI en cas de besoin. Les pharmaciens ont également recours à la substitution. L'analyse pharmaceutique est réalisée. Un logiciel embarqué apporte une aide à cette analyse. Les interventions pharmaceutiques sont visibles par le prescripteur et dans le plan de soins. Les prescriptions médicamenteuses examinées en visite montrent une hétérogénéité dans la prise en compte de ces avis. Un module statistique sur le logiciel du dossier patient permet de connaître dans quelle mesure ils sont vus et/ou suivis mais il n'est pas activé. Le suivi des périmés est opérationnel à la PUI et dans les services. La PUI est équipée d'une URCC. Le personnel est formé et habilité. Les pharmaciens participent aux RCP dont deux sont sur site : celle d'ORL/pneumologie et celle de viscéral. Pour les autres, elles se passent en visio. Le processus de prescription, validation, fabrication, libération des lots, transport, stockage si besoin est maîtrisé. L'URCC de l'établissement alimente également une clinique et une HAD. Tous les transports de produits de santé sont sécurisés.

Les bonnes pratiques d'administrations sont respectées. La traçabilité des motifs de non administration a été constatée en visite. Les médicaments sont administrés au regard de la prescription. Des étiquettes sont apposées sur les solutions injectables administrées par pousse seringue ou par poche. Elles permettent d'identifier le patient, le produit injecté et les horaires.

Les risques d'erreur médicamenteuse sont appréhendés. Les médicaments dits à haut risque ont été définis par service. Ils sont identifiés dans le logiciel de prescription et le plan de soins. Ils sont stockés avec un pictogramme spécifique pour bien les repérer au sein de la PUI et dans les armoires de stockage des services. Les professionnels ont bénéficié de formations adaptées. Les erreurs médicamenteuses signalées sont analysées. En 2024 par exemple une confusion entre deux médicaments stupéfiants a conduit à une modification des modalités de stockage.

La prévention du risque infectieux est maîtrisée. Les règles d'hygiène de base sont respectées. Pendant la visite il a été constaté deux professionnels en service qui portaient des bagues. Cela n'a pas été constaté ailleurs. L'équipe opérationnelle en hygiène suit ses indicateurs. Suite à ses résultats sur l'utilisation de la solution hydro alcoolique, elle a mis en place plusieurs actions : sensibilisation à la

désinfection par friction, quick formations et audits flash. Les précautions complémentaires en hygiène sont prescrites, connues et comprises des équipes. Les équipements de protection individuelle sont utilisés conformément aux bonnes pratiques par les professionnels salariés. Néanmoins, il a été constaté un mésusage des gants et du masque par les professionnels de la société de bionettoyage externalisée avec qui l'établissement a contractualisé. Une attention particulière est portée sur les risques liés aux dispositifs invasifs de type voie veineuse. Un personnel infirmier tuteur référent est positionné à mi-temps sur ce sujet : accompagnement des équipes, suivi des bonnes pratiques.

L'établissement dispose d'un dépôt de sang confié à un binôme médico-soignant. Une liste de professionnels habilités à entrer dans les locaux est définie. Deux circuits et zones de stockages distincts sont identifiés : urgence vitale et hors urgence. Un médecin hémovigilant est nommé. Les protocoles sont définis. Les prescriptions distinguent clairement la commande des produits sanguins labiles de la prescription de l'acte transfusionnel qui est justifié et argumenté. Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques. L'établissement suit ses indicateurs. En 2024 seules quatre transfusions nocturnes ont été réalisées. C'était en réanimation. Deux culots uniquement ont été détruits en 2024. Cinq dossiers ont été examinés en visite. La traçabilité était complète.

Une stratégie globale de prise en charge de l'urgence vitale est établie. L'établissement s'est doté de chariots pour urgences vitales dans tous les lieux stratégiques. Ils sont accessibles. Ils sont équipés de scellés numérotés et chaque ouverture et/ou utilisation est tracée et argumentée. Les équipements qui le composent sont contrôlés. Les formations AFGSU sont suivies par la direction des ressources humaines. Le personnel bénéficie d'exercices de simulation in situ et dans une pièce réservée à la simulation. Un professionnel dédie 50% de son activité aux exercices. Un numéro est affiché au niveau du chariot, salle de soins ...Le 6244. Ce numéro correspond à celui du réanimateur de garde. Ce numéro est connu des professionnels et présenté comme le numéro unique. Il est multiusage puisque c'est celui qui est indiqué sur le ROR et qui sert également aux partenaires extérieurs pour joindre le réanimateur de garde. L'établissement a montré que la sonnerie était différente entre un appel de l'extérieur et un appel interne. Considérant que seuls les appels internes correspondent à une urgence vitale, l'établissement conclut que cette sonnerie différente indique sans ambiguïté qu'il s'agit d'une urgence vitale. Lorsque le numéro 6244 est occupé, l'appel bascule automatiquement sur les téléphones de chacun des réanimateurs.

Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants sont contrôlés. A noter qu'en dehors de la radiothérapie, l'imagerie est externalisée.

La sécurité est constante dans les secteurs de soins critiques.

Ont été identifiés, la réanimation récemment ouverte, le service de SRPR, la radiothérapie et le secteur d'endoscopie (bronchique et digestive). _

La prise en charge anesthésique est réservée à l'endoscopie. 95% des coloscopies se font sous anesthésie générale. Les patients sont réveillés en SSPI qui leur est dédiée. Pour les patients intubés, ventilés, le réveil est effectué en salle. La mise à la rue se fait sur score signé du médecin. Les bonnes pratiques d'anesthésie sont garanties.

De même les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie sont respectées. Elle est également réservée aux actes endoscopiques de type gastrostomie percutanée et pour les patients splénectomisés.

Les risques infectieux en secteur interventionnel sont maîtrisés.

Concernant l'endoscopie, le parc d'endoscopes est suivi avec un renouvellement tous les cinq ans. Chaque endoscope a un carnet de vie. Les circuits propres/sales sont respectés. Les prélèvements microbiologiques garantissent la maîtrise du risque infectieux. Ils sont réalisés à périodicité définie et après maintenance. Les professionnels sont dédiés et formés. La traçabilité dans le compte-rendu d'examen est complète.

La check-list « sécurité du patient » en endoscopie est mise en œuvre de sorte à sécuriser la prise en charge des patients. Les évaluations menées permettent de s'assurer des bonnes pratiques.

Concernant la réanimation, la seule séquence d'évaluation n'a montré aucun écart aux attendus : transport patient, surveillance patient, staff pluridisciplinaire pour décision collégiale et prévention du syndrome post réanimation.

L'établissement ne dispose pas d'une coordination hospitalière de prélèvement d'organes et de tissus. Il contribue néanmoins, à son niveau, à l'activité de prélèvements multi-organes.

Concernant la radiothérapie, elle fait l'objet de contrôles réguliers par l'ASNR. Le dernier en date n'a pas donné lieu à injonction. La démarche qualité est ancrée et fait partie de l'habilitation des professionnels. Aucun événement indésirable n'a été déclaré depuis 2020. Dans le cadre de leur démarche continue d'amélioration de la qualité, les équipes analysent malgré tout les événements signalés par les autres centres pour anticiper un éventuel incident dans leur propre centre.

L'établissement a développé une culture de la pertinence et de l'évaluation inscrite au cœur de ses pratiques.

Il dispose d'une base documentaire accessible et mise à jour. A noter cependant que la notion de contributeurs à la rédaction ou mise à jour n'apparaît ni le document en question ni dans sa carte d'identité ce qui ne permet pas de garantir que le document a été travaillé collectivement. De même lorsque les documents sont imprimés, n'apparaît pas systématiquement la date de validité du document ni le périmètre d'application. C'est le cas par exemple des documents relatifs à la conduite à tenir en cas d'urgence vitale. Ils sont plusieurs en fonction du service mais établis selon le même modèle. Ils ne comportent ni date, ni périmètre d'applicabilité. Des évaluations de pratiques cliniques sont portées dans les services avec suivi d'indicateurs. Par exemple, l'évaluation de la perte de vue des patients atteints d'une maladie chronique de type diabète. La pertinence des parcours est également évaluée comme celle de l'hospitalisation en SMR de diabétologie.

Les prescriptions d'antibiotiques sont suivies. Un des pharmaciens est le référent antibiotique de l'établissement. C'est également lui qui est le praticien hygiéniste. Il est informé quotidiennement de la présence de bactérie multirésistante et réalise tous les mois un bilan avec le laboratoire confrontant la consommation des antibiotiques et la résistance bactérienne. Des formations sur le bon usage des antibiotiques sont menées comme celle sur l'usage des verrous antibiotiques. Un outil dans le logiciel du dossier patient demande une justification à 48H00 et si traitement poursuivi au-delà de 7 jours.

La mise sous contention fait l'objet d'une démarche systématique d'analyse de la pertinence et de l'impact sur le patient en équipe. Des solutions alternatives sont toujours envisagées comme le positionnement du lit le plus bas possible. La prescription médicale est informatisée. Le patient est

informé. Le maintien de la contention fait l'objet d'une réflexion collégiale pour qu'il dure le moins longtemps possible. La traçabilité complète est retrouvée dans le dossier patient.

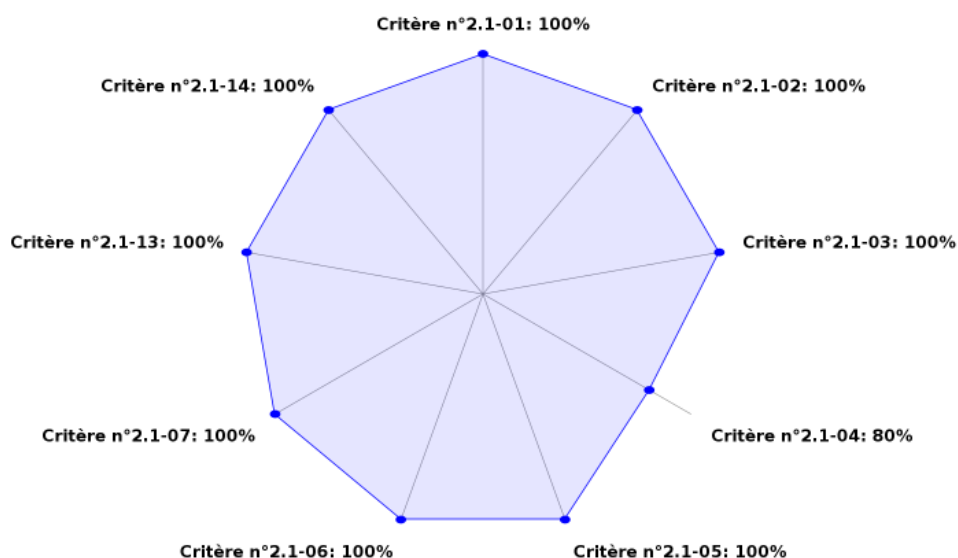
Les soins éco-responsables font l'objet d'attention dans les services. Les professionnels s'interrogent sur leurs pratiques et sont force de proposition. Cette réflexion a par exemple porté sur le conditionnement des compresses et la dimension des carrés de soins. L'impact de ces changements a été évalué.

Les SMR s'interrogent sur la pertinence de leurs admissions et du maintien en hospitalisation. Les admissions font l'objet d'une demande via trajectoire. Les demandes sont examinées quotidiennement par une équipe pluridisciplinaire incluant médecin, rééducateur, cadre de santé, coordinatrice administrative et assistante sociale. Des revues de pertinence en SMR sont menées.

Les équipes suivent les résultats des indicateurs de qualité et sécurité des soins nationaux et leurs propres indicateurs. Par exemple pour l'éducation thérapeutique, sont calculés le taux de patients éligibles à qui un programme a été proposé, le taux de patients qui ont accepté, le taux de patients qui l'ont suivi. Le plan d'action qui en découle est intégré au programme d'amélioration continu de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement. Il en est de même en endoscopie, en réanimation, en imagerie dans le cadre de la radiothérapie. Le laboratoire de biologie médicales externalisé est accrédité COFRAC.

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

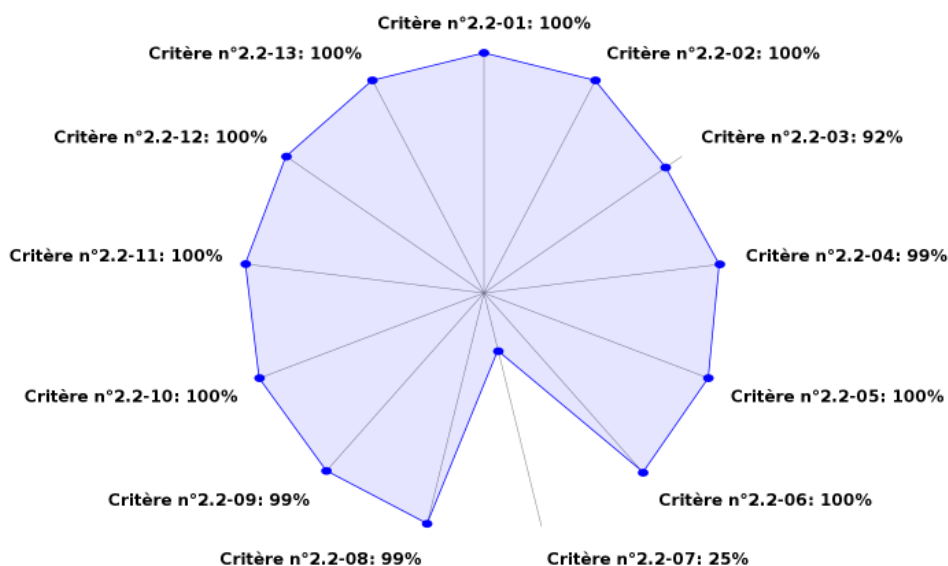
Score de l'objectif **98%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	80%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **99%**

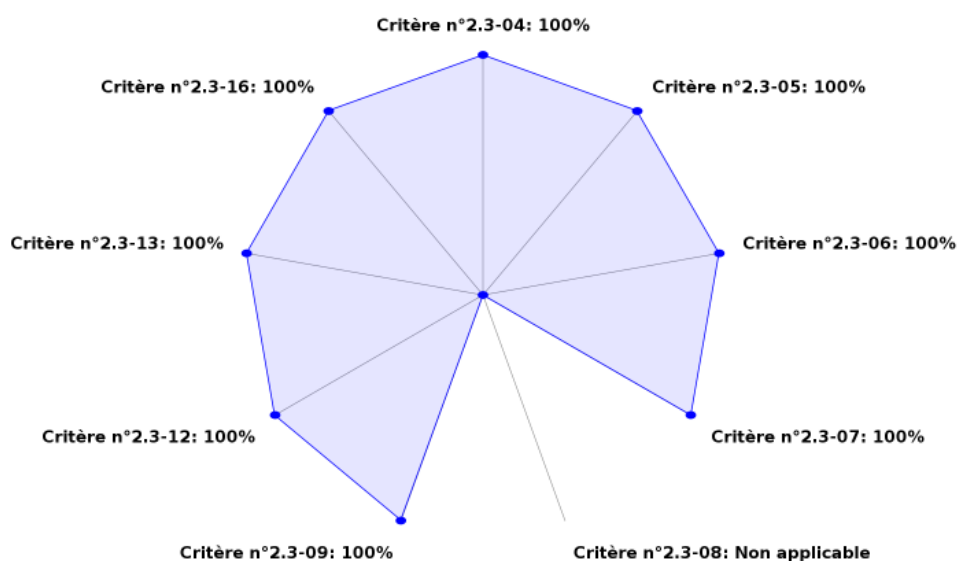


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	92%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	99%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	25%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	99%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	99%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

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

Score de l'objectif **100%**

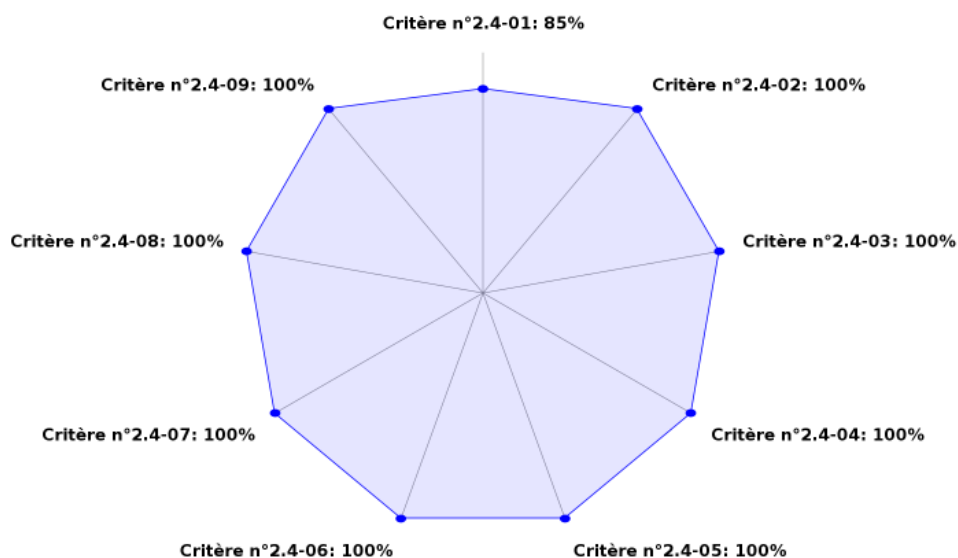


Critères		
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	Non Applicable
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	100%

2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%
2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	100%

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

Score de l'objectif **98%**



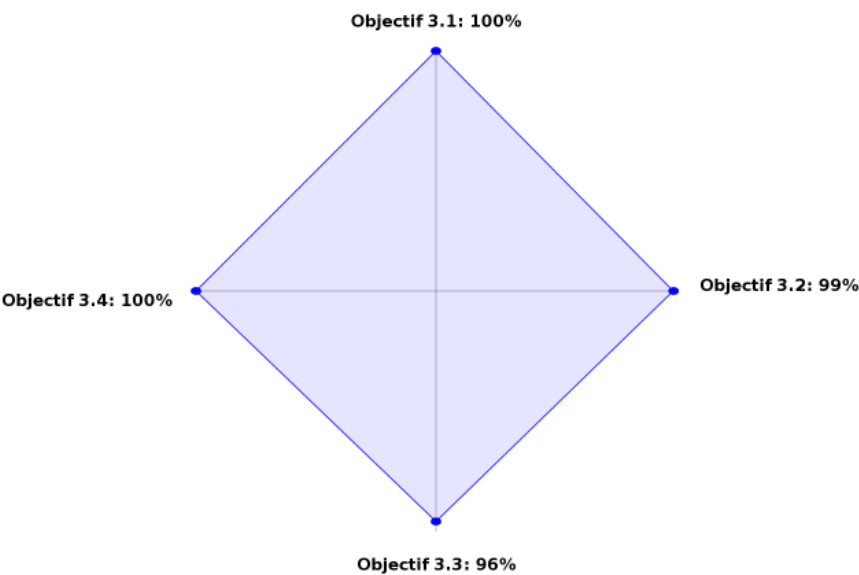
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	85%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	100%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	100%

2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%
--------	--	------

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **99%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	99%
3.3	Le positionnement territorial	96%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	100%

Synthèse du chapitre 3

L'établissement appuie son management global sur la qualité et la sécurité des soins.

La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est élaborée à partir des données disponibles et suivie collectivement. Elle est déclinée en un programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins suivi par l'encadrement et connu des professionnels.

L'établissement a évalué la culture de qualité et sécurité en 2022 dans le cadre de la démarche PACTE puis en 2023 dans le cadre de l'enquête nationale. En 2025, l'établissement a opté pour une version adaptée régionale. Un comparatif 2025 versus 2023 montre une amélioration des résultats. Des rencontres de sécurité sont menées par la directrice au sein des services avec l'ensemble des professionnels. Divers sujets sont abordés dont la qualité et la sécurité des soins. Un retour est réalisé en comité de direction et au niveau du bureau de CME pour suite à donner si besoin. Les professionnels sont informés. Les équipes participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité : contribution à la gestion documentaire, référent thématique ... Les vigilances sanitaires sont organisées.

Les médecins d'endoscopie digestives sont entrés dans la démarche d'accréditation depuis un an. Une présentation a été réalisée en CME (commission médicale d'établissement) comme un levier pour les autres équipes.

Les événements indésirables associés aux soins sont déclarés sur un portail dédié sur la base d'environ dix-sept par mois. Douze retours d'expérience ont été organisés depuis le début de l'année dont deux qui ont fait l'objet d'un signalement externe. Le délai réglementaire de transmission du volet 2 est respecté. L'établissement a organisé une formation sur l'annonce du dommage il y a deux ans.

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est décrite dans une procédure actualisée en 2025. Elle s'appuie sur les différents volets du plan ORSAN et comprend les dangers liés à une cyberattaque. Un exercice en conditions réelles de type coupure électrique sur tout un étage a été réalisé en 2025. Il a fait l'objet d'un retour d'expérience.

Un comité éthique existait déjà depuis plusieurs années, présidé par le chef de service de l'unité de soins palliatifs. A son départ, le comité a attendu une relève qui est intervenue il y a environ un an avec le recrutement d'un médecin. Il est composé de professionnels soignants et administratifs et des représentants des usagers. Les professionnels peuvent le saisir. Des sujets sont débattus dans des soirées éthique comme celui sur la fin de vie qui a fait l'objet d'une intervention avec un partenaire extérieur venant de Suisse. Une saisine a été faite par la direction autour de l'intégration de l'intelligence artificielle. En effet, l'établissement réfléchit à embarquer l'intelligence artificielle (application « écoute ») pour produire automatiquement le compte-rendu de consultation. Un comité éthique « fondation » est un dispositif externe de recours si besoin.

Les ressources professionnelles et les compétences sont maîtrisées.

La continuité des soins médico-soignante est assurée. Pour la permanence des soins, il y a toujours un réanimateur de garde et un médecin de garde joignables H24. Les effectifs cible sont définis. En cas d'absentéisme inopiné, l'encadrement a recours au pool de l'établissement, aux heures

supplémentaires, au dispositif HUBLO ou à des intérimaires réguliers. En cas d'absence prolongée, l'établissement s'adapte. C'est ainsi que le SMR de diabétologie était fermé au moment de la visite faute de médecin. De même sur les douze lits du service de SRPR neurologique, les dix lits de SRPR respiratoire, les six [QMFC1](#) lits de réanimation et les six lits de soins intensifs, étaient seulement exploités dix-huit lits (six de SRPR neurologie, six de réanimation et six de soins intensifs) avec une modulation de l'activité pour répondre néanmoins aux besoins. Les deux infirmières en pratique avancée (IPA), l'une en oncologie et l'autre en diabétologie, pallient en partie au sous-effectif médical.

Les compétences sont identifiées à l'embauche et tout professionnel médico-soignant a un entretien annuel au cours duquel les besoins en formation sont identifiés.

Des exercices de simulation sont développés. L'établissement dispose d'une salle de simulation pour la prise en charge des urgences vitales. Les équipes de manipulateur en radiologie, celles de SMR oncologie et celles d'ORL réalisent des exercices de simulation d'incidents sur canule de trachéotomie bouchée.

L'établissement s'appuie sur une charte managériale autour de six valeurs : confiance, bienveillance, disponibilité, écoute active, cohésion et optimisme. Chaque cadre soignant n'a pas forcément suivi de formation cadre diplômante mais il bénéficie d'accompagnement et de formation courte à thème.

L'établissement élabore et actualise son document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Les professionnels sont accompagnés pour leur couverture vaccinale, notamment contre la grippe et le Covid. Les vaccins sont fournis gratuitement. Les professionnels peuvent avoir accès à une psychologue, soit celle du service, soit une psychologue externe.

Un gardien circule dans l'établissement pour s'assurer de la sécurité des professionnels. Un numéro est identifié pour le joindre si besoin.

Sur la base des données disponibles, la direction des ressources humaines a élaboré sa politique de qualité de vie au travail avec les professionnels et les instances représentatives de ces derniers.

L'environnement est favorable aux conditions de travail. Les professionnels ont participé à la réhabilitation des locaux qui sont spacieux, lumineux et fonctionnels. Des espaces d'expression sont prévus. Le ratio professionnel / patient contribue également à des conditions de travail qualifiées de satisfaisantes par les professionnels eux-mêmes. Une salle de détente toute équipée leur est réservée.

En cas de conflit ou situation complexe interprofessionnels, les équipes savent qu'elles peuvent directement s'adresser à l'encadrement de proximité, voire à la directrice des soins. Un recours externe est possible dans le cadre de la fondation.

Le travail en équipe est favorisé et valorisé. L'établissement est certifié depuis juin pour son engagement dans la démarche PACTE sur le sujet de la pose des gastrostomies percutanées par voie endoscopique. La démarche a permis de mobiliser le service d'endoscopie, celui d'oncologie ORL et celui de médecine polyvalente.

L'établissement est ancré sur son territoire.

L'établissement contribue à différentes filières en lien avec son offre de soins. Le service de médecine

polyvalente est un véritable service d'aval des urgences d'autres établissements. Il est orienté personnes âgées et service de replis en interne en cas de besoin en lits. La diabétologie est une filière complète intégrant tous les modes de prise en charge. Sont intégrés dans cette filière, l'obésité et le diabète gestationnel. La filière de réhabilitation respiratoire est structurée : HDJ de pré-habilitation, hospitalisation complète, hôpital de jour et SMR. Une unité de pneumologie dite aigue prend en charge d'autres pathologies. Une équipe de sommeil complète l'offre de soins. La filière oncologie est très développée avec un capacitaire conséquent. Elle permet la prise en charge en amont et en aval de la prise en charge chirurgicale et assure les traitements par chimiothérapie. Le SMR onco ORL est le seul d'Ile de France. La filière post réanimation séjours longs avec le SRPR ouvert en 2017 est un service régional avec une partie neurologie et une partie pneumologie. Plus récemment, le service de réanimation s'est ouvert en 2025. Enfin les soins palliatifs dotés de quatorze lits. C'est la structure au capacitaire le plus important du département. L'établissement suit de nombreux indicateurs comme le taux de fuite par spécialité, les sollicitations des partenaires, le respect des engagements pris, la satisfaction des adresseurs. Il contribue aux rencontres intra-filières : le SIAD, les sages-femmes libérales pour le diabète gestationnel, les médecins généralistes, les médecins spécialistes libéraux comme les cardiologues et pneumologues, les structures d'urgences, notamment celle de Melun...L'établissement n'a pas récemment participé à un retour d'expérience avec l'un de ses partenaires de filière.

L'établissement fait évoluer son offre de soins pour éviter que les patients n'aient à se déplacer sur Paris. Il suit les orientations non adaptées. Bien que l'établissement ne dispose pas d'un centre de compétence ou de référence en tant que tel, son expertise de recours est reconnue et sollicitée comme en obésité pour la prise en charge post chirurgie bariatrique ou comme en réhabilitation respiratoire.

L'établissement a mis en place des consultations non programmées en réponse aux besoins du territoire. Il travaille en étroite collaboration avec les services d'accueil des urgences, particulièrement les départements 91, 93 et 94. Un accord a été conclu avec le service de médecine polyvalente à qui les dossiers sont présentés pour une prise en charge directe et rapide. Le centre médical de garde est hébergé dans les murs de l'établissement ce qui permet un travail étroit constructif. L'établissement a un capacitaire qui ne l'a pas mis en difficulté jusque-là.

L'établissement est organisé pour éviter tout transfert de personnes âgées aux urgences. D'une part l'offre médicale en interne couvre la majorité des besoins. De nombreuses consultations avancées ont lieu au sein de l'établissement (urologie, cardiologie, neurologie, dermatologie ...). D'autre part les services bénéficient de la présence de médecins gériatres.

L'établissement est joignable H24 que ce soit pour les usagers comme pour les professionnels de santé. Les numéros sont indiqués sur le livret d'accueil, sur les courriers de sortie, sur le site internet. Une liste de garde est établie. Certaines astreintes sont dédiées avec possibilité d'appel direct de l'astreinte (par exemple pour l'astreinte départementale dans le cadre d'une filière labélisée en soins palliatifs). Les médecins adresseurs appellent directement les médecins de l'établissement sur des numéros connus et diffusés. Par exemple, le numéro du réanimateur de garde est celui utilisé pour le ROR ainsi que pour les avis externes. Il est identique depuis de nombreuses années et connu de l'extérieur. Autre exemple, en diabétologie et pour les patients sous pompe, une astreinte médicale H24 est en place. La messagerie sécurisée MS santé est utilisée.

La recherche clinique et la recherche en soins est promue depuis cinq ans. Actuellement sept projets à promotion interne sont en cours. Quatre autres sont en externe avec le CHU de Dijon. L'établissement travaille entre autre sur le cancer du colon et les troubles de la déglutition.

L'établissement accueille des étudiants. Il est terrain de stage pour les infirmières en pratique avancée, les internes et les professionnels paramédicaux. Il accueille également des stagiaires étrangers et il aide au logement L'IFSI de Melun forme des relais tuteurs au sein de l'établissement. La satisfaction des stagiaires est recueillie. Les programmes d'éducation thérapeutique sont communiqués aux partenaires extérieurs.

L'établissement s'adapte aux défis environnementaux et technologiques.

Une partie des locaux a déjà été rénovée. Ils sont propres, entretenus et maintenus en accord avec les besoins des professionnels. Les professionnels sont formés à l'utilisation des équipements qui le nécessitent comme le lecteur de glycémie capillaire ou encore le dispositif de perfusion par PCA.

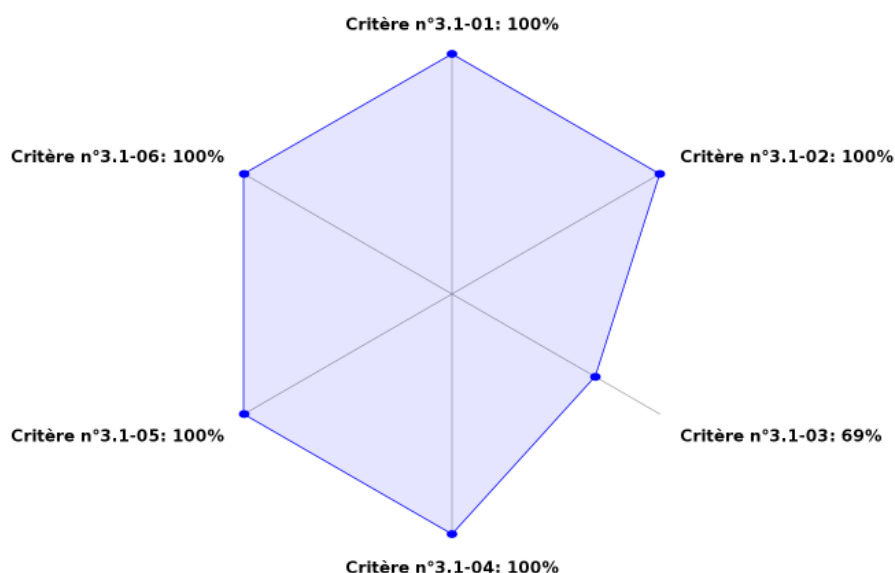
L'établissement est engagé dans la démarche d'éco-responsabilité. Il est labélisé THQSE depuis avril 2025. Des travaux sont menés sur les soins éco-responsables. Ainsi le dimensionnement des carrés de soins a été revu. Autre exemple, le nombre de compresses par paquet a été diminué pour éviter tout gaspillage. L'impact de ces modifications sur la production des déchets et les achats a été évalué et a montré l'intérêt de ces ajustements.

Dans le cadre de la rénovation des bâtiments, la démarche de transition écologique a été intégrée. Depuis, les économies en énergie s'élèvent à un gain de 17%. L'établissement ne bénéficie pas d'un accès facilité par les transports en commun. Un plan de mobilité durable est construit en interrogeant les salariés sur leur lieu d'habitation. Des pistes cyclables existent et une incitation financière à l'achat de vélo est mise en place. De même une application de co-voiturage est développée et adaptée tous les ans. Le tri des déchets est optimisé dans le cadre de filières adaptées.

La télésanté est largement utilisée. L'établissement a développé la téléconsultation pour la médecine polyvalente ou la diabétologie, la téléexpertise en diabétologie, oncologie ou pneumologie avec l'application OMNIDOC et la télésurveillance en diabétologie, pour les stomies ou encore en oncologie. L'application OMNIDOC produit un tableau de bord mensuel qui permet de consulter globalement et par spécialité les demandes et les délais de réponse. Ce tableau de bord est exploité régulièrement. Le dispositif de télésurveillance certifié CUREETY est déployé en cancérologie. Il permet au patient de rester en lien avec son équipe soignante à intervalle régulier ou en cas d'incident. Depuis sa mise en place sur un périmètre restreint d'organes, les équipes ont constaté une baisse de 80% des appels. Ceci a permis d'étendre son utilisation à tous les organes.

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

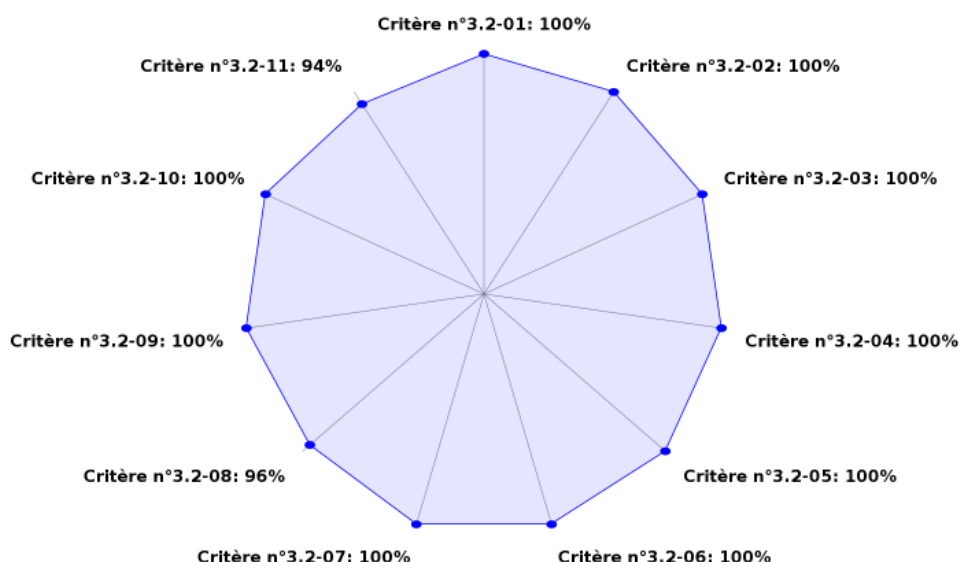
Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	69%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **99%**

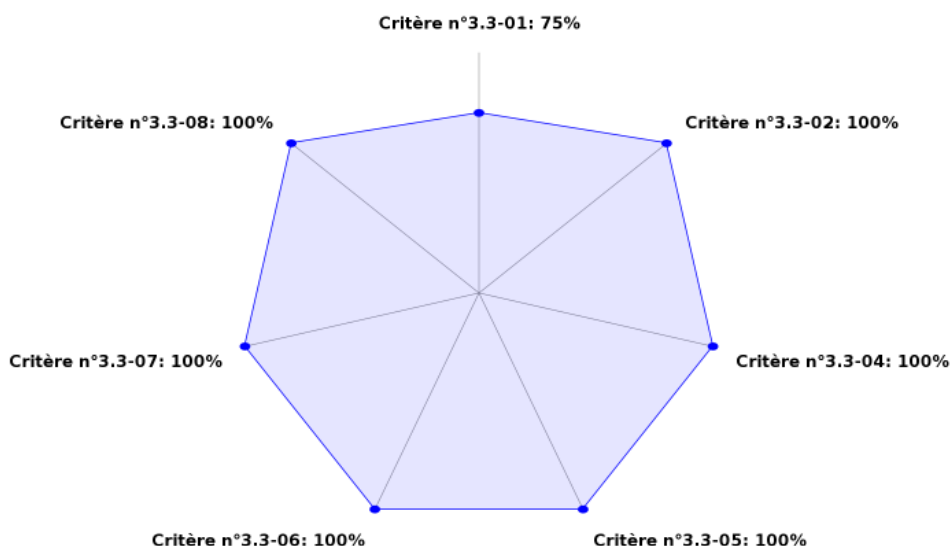


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires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

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	94%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

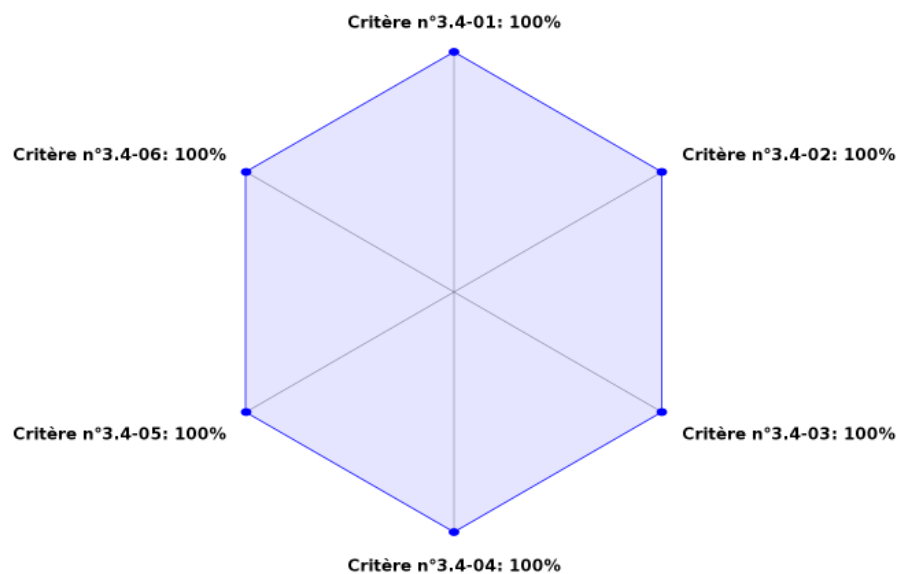
Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	75%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

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

Score de l'objectif **100%**



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

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

