



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CMC DE
READAPTATION DES
MASSUES**

92 rue edmond locard
69322 Lyon



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 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	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	20
Synthèse du chapitre 2	21
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	25
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	26
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	28
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	29
Chapitre 3 : L'établissement	30
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	30
Synthèse du chapitre 3	31
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	34
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	35
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	37
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	38

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


CMC DE READAPTATION DES MASSUES	
Adresse	92 rue edmond locard 69322 Lyon Cedex 05 FRANCE
Département / Région	Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif


Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750721334	CROIX ROUGE FRANCAISE	98 rue Didot 75014 PARIS cedex FRANCE
Établissement principal	690000427	CMC DE READAPTATION DES MASSUES	92 rue edmond locard 69322 Lyon Cedex 05 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

 Soins Médicaux et de Réadaptation

Population

 Enfants et adolescents

 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **12** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **8** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **15** 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
- 2 acte(s) interventionnel(s)
- 3 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 2 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 3 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 :

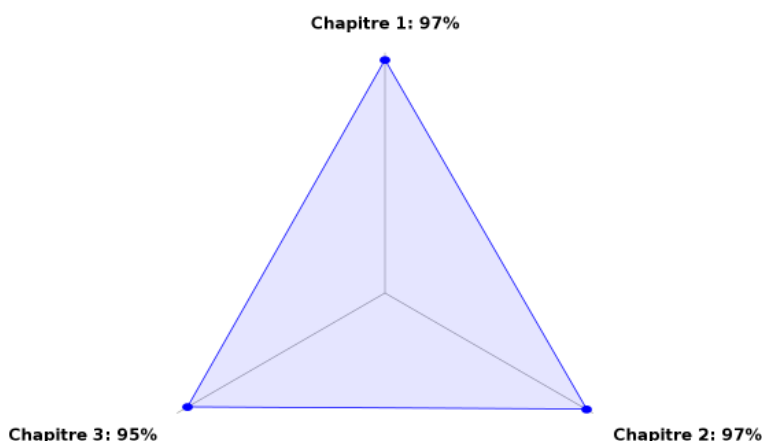
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	97%
Chapitre 2	Les équipes de soins	97%
Chapitre 3	L'établissement	95%

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.

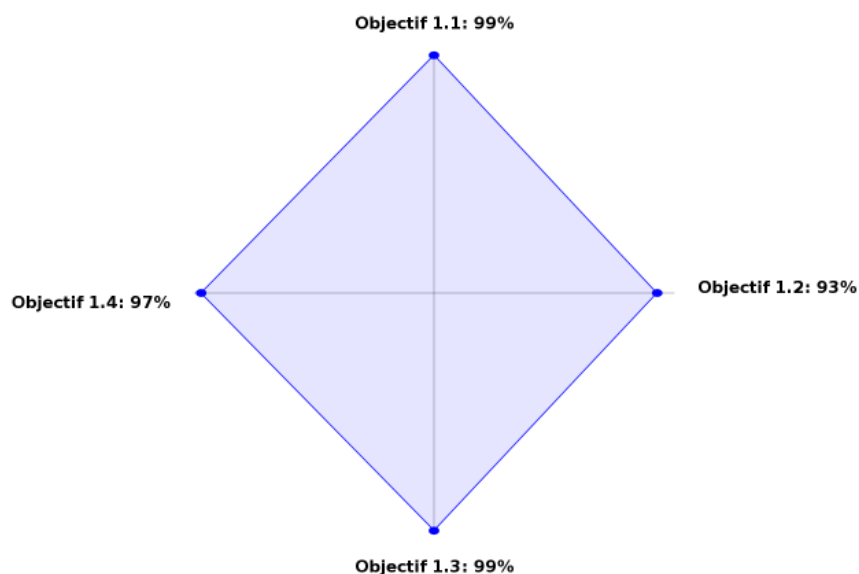
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
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.	90%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	89%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	98%
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 événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	94%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	50%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	38%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	50%
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 **97%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	99%
1.2	L'information du patient	93%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	99%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	97%

Synthèse du chapitre 1

Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est assuré dans l'ensemble des secteurs du Centre médico-chirurgical et de réadaptation des Massues. Les mineurs bénéficient de locaux dédiés et sécurisés, de salons et chambres pédiatriques, ainsi que de temps d'acclimatation permettant la découverte des lieux et des équipes avant certains actes. L'aménagement des chambres permet la présence continue des parents. Les mineurs disposent d'un programme d'activités ludiques et éducatives personnalisé, et leur scolarité est maintenue par des enseignants détachés, en lien avec l'établissement d'origine. Les éducateurs spécialisés coopèrent avec les structures externes pour garantir la continuité des accompagnements. Une réunion hebdomadaire médecins-enseignants permet d'adapter le rythme scolaire au parcours de soins.

La confidentialité et le secret professionnel sont respectés. Des actions régulières sensibilisent les professionnels aux risques d'accès illégitime aux données (Commission Médicale d'Etablissement CME, quarts d'heure qualité, retours d'audit du système d'information). Le recueil des directives anticipées est proposé dès la pré-admission, via le dossier administratif ou le portail patient. La thématique est abordée de nouveau en consultation d'anesthésie, y compris avec les adolescents. Le formulaire (rédaction ou refus) est intégré au dossier informatisé. La psychologue et l'équipe de soins palliatifs accompagnent les patients et les équipes qui le demandent.

La prise en charge de la douleur repose sur une approche pluriprofessionnelle. La prévention de la douleur est anticipée lorsque nécessaire. Plusieurs outils non médicamenteux sont disponibles : le dispositif TENS (stimulation électrique transcutanée), la physiothérapie, la réalité virtuelle, la musicothérapie, ou encore la MAGIXBOX (valise utilisée en pédiatrie contenant de nombreux outils de distraction et détournement de l'attention lors des soins adaptés aux différents âges). De plus, l'établissement est engagé dans l'utilisation de l'hypnose médicale et des Techniques d'Activation de Conscience (TAC). En soins palliatifs, des approches complémentaires sont proposées (art-thérapie, socio-é-

Les pratiques bientraitantes sont intégrées, les professionnels se présentent systématiquement (les codes cou-

L'annonce du décès est systématiquement réalisée par un médecin. En cas d'absence du médecin référent, un appel aux proches est effectué pour proposer un entretien. Deux agents funéraires formés accompagnent les familles ; les volontés du patient sont transmises par les soignants. Le médecin prévient les correspondants externes. L'établissement suit annuellement les décès par secteur.

Le livret d'accueil est remis à chaque patient ; certains services disposent de livrets spécifiques à l'unité. L'information porte sur le diagnostic, les traitements, les soins et, lorsque possible, la durée prévisionnelle du séjour. Un programme de Récupération Active Après Chirurgie (RAAC) est systématiquement proposé pour les prothèses du membre inférieur et les chirurgies de scoliose, incluant des interventions pluridisciplinaires. L'information sur les dispositifs médicaux implantés est apportée. La lettre de liaison est remise à la sortie et versée au Dossier Médical Partagé (DMP). Un seul patient traceur n'était pas informé de l'alimentation de son DMP.

Les situations sociales nécessitant un accompagnement sont repérées, et le soutien adapté est assuré. L'information sur les associations est très accessible (QR codes à disposition, interventions sur site des

associations HANDISPORT, ADEPA, Blouses Roses).

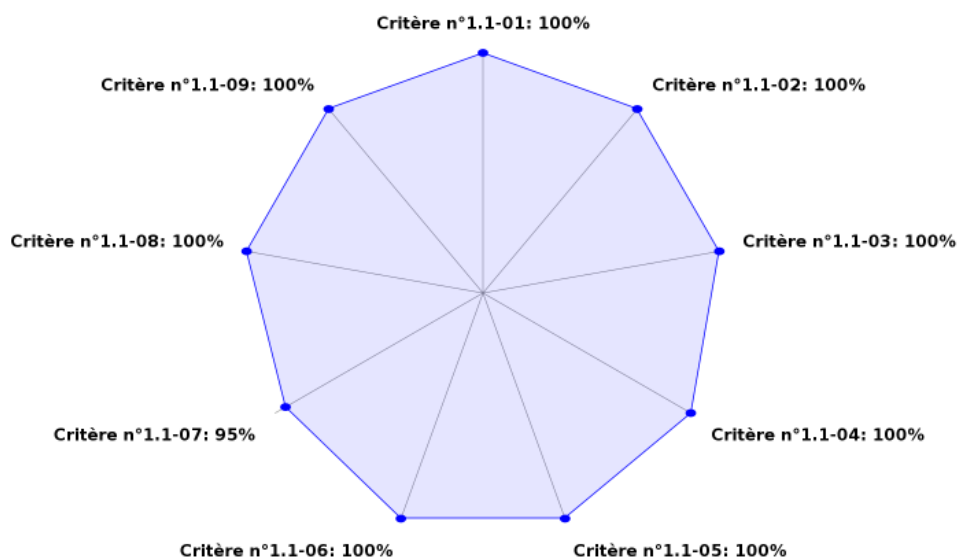
Le consentement du patient est recueilli et tracé. L'évaluation globale est pluriprofessionnelle (rééducateurs, intervenants APA (Activité Physique Adaptée), ergothérapeutes, psychologue, assistante sociale, etc.). L'établissement dispose de multiples espaces de rééducation, dont une balnéothérapie, favorisant un projet de soins individualisé. La désignation de la personne de confiance est connue, cependant sa signature n'est pas toujours retrouvée dans le dossier.

Des actions d'éducation thérapeutique sont proposées : programme «?Cap sur une semaine?» pour l'appareil
Les situations de précarité sociale sont repérées dès la pré?admission ; des visites à domicile conjointes assis

Pour les patients de plus de 75 ans, les besoins et risques de dépendance sont évalués de manière pluriprofessionnelle. Les proches sont associés avec l'accord du patient. Les échanges confidentiels sont facilités par des locaux adaptés, notamment en soins palliatifs. Une maison des familles permet d'accueillir les proches ; une journée annuelle de prévention de l'épuisement des aidants est organisée. Le patient peut exprimer sa satisfaction via des questionnaires type PROM's remis systématiquement. Les rés

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

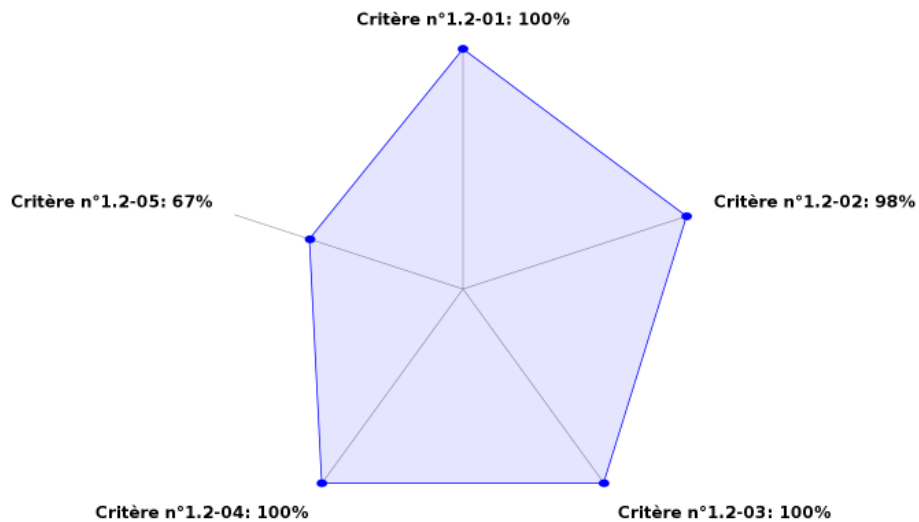
Score de l'objectif **99%**



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	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	100%
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 bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	95%
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

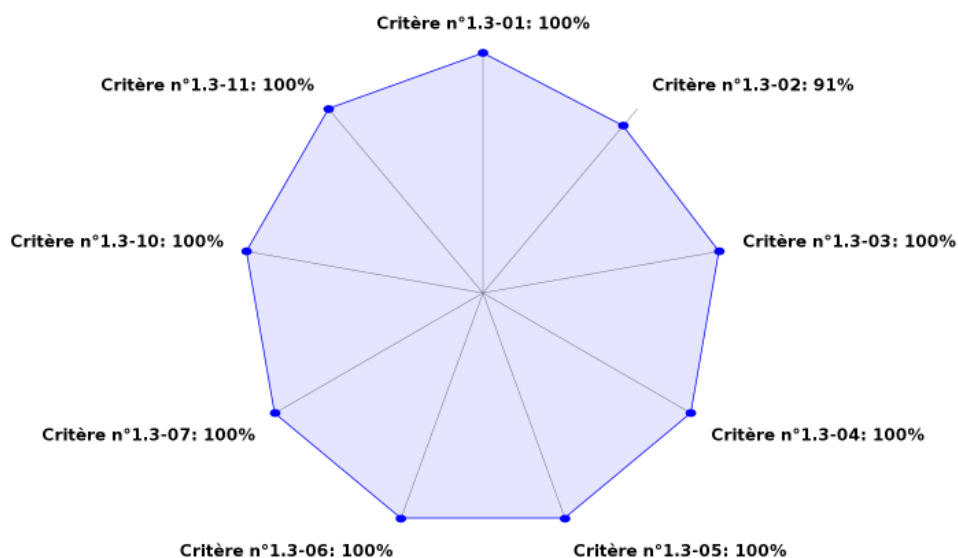
Score de l'objectif **93%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	98%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
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.	67%

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

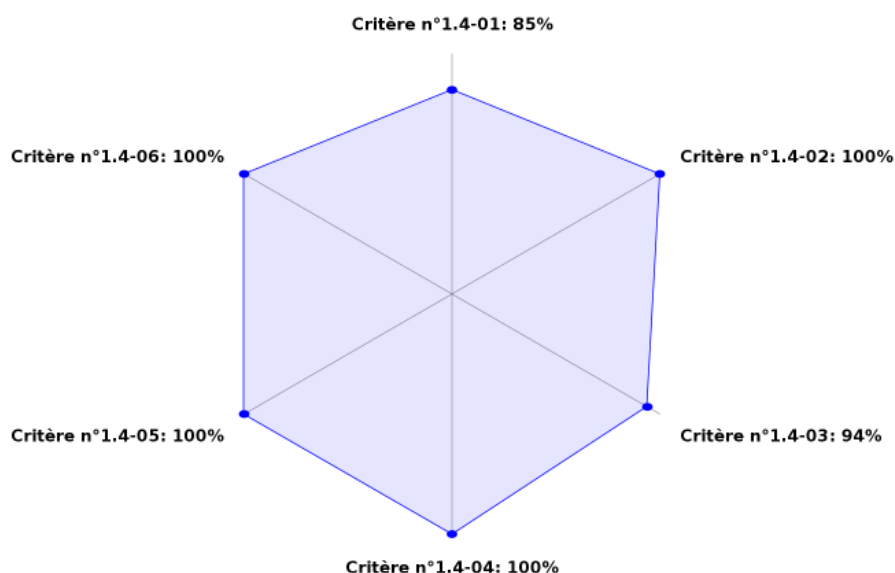
Score de l'objectif **99%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	91%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
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 **97%**

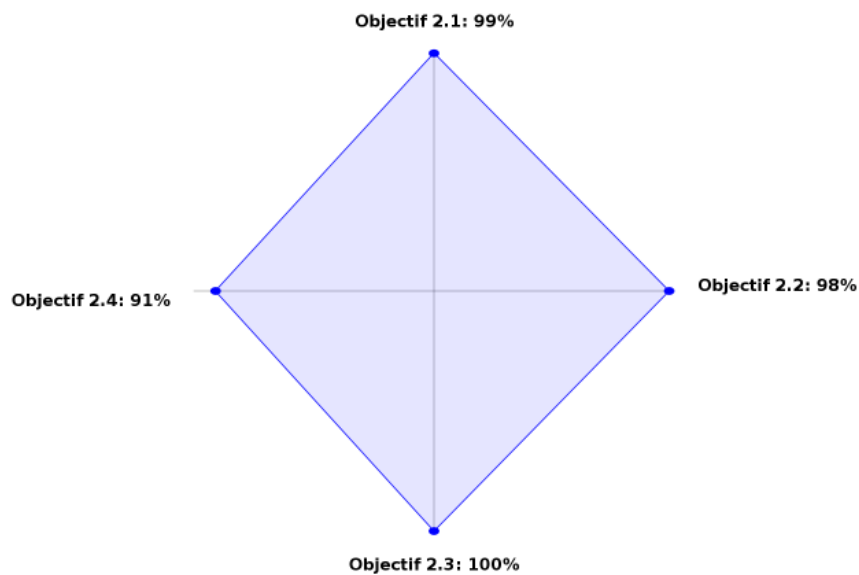


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	85%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	94%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	100%
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 **97%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	99%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	98%
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	91%

Synthèse du chapitre 2

Les informations nécessaires à la coordination des soins (antécédents, examens cliniques, prescriptions, allergies) sont accessibles dans le dossier patient, avec un accès simultané pour tous les professionnels intervenants. Les équipes sont formées au logiciel métier. Une procédure d'intégration existe pour les nouveaux arrivants et des référents du Dossier Patient Informatisé (DPI) sont identifiés.

Le projet de soins est construit avec l'ensemble des professionnels impliqués (rééducateurs, kinésithérapeutes, auxiliaire d'activité physique adaptée APA, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, psychomotricienne, neuropsychologue, professionnels de soins de support, de soins palliatifs, assistante sociale) et réévalué chaque semaine en synthèse pluridisciplinaire, incluant des actions de prévention adaptées aux risques.

Les patients rapportent un accès téléphonique facile aux secrétariats et une bonne anticipation des rendez-vous, regroupés pour limiter les déplacements.

La conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques (avec les trois sources d'information, la rencontre avec le patient et/ou son entourage, l'échange médico-pharmaceutique) pour les secteurs et profils des patients identifiés comme les plus à risque. Un bilan de conciliation est formalisé et les corrections sont apportées.

La démarche palliative fait l'objet d'une concertation pluri professionnelle et pluridisciplinaire. La filière de la prise en charge en soins palliatifs est très structurée permettant l'intervention de l'équipe mobile en interne mais aussi externe à l'établissement. La mise en place d'un hôpital de jour en soins palliatifs permet la réalisation d'expertise pluriprofessionnelle. En cas de repérage d'une fragilité majeure, le niveau de soins est adapté et les transferts évités.

Une évaluation des troubles nutritionnels est réalisée à l'admission du patient quel que soit son âge avec la réalisation de l'anamnèse, le calcul de l'indice de masse corporelle et l'évaluation scoré de risque d'escarre. Chez la personne âgée, la surveillance du poids est hebdomadaire. Les professionnels portent une attention particulière aux prises de repas, ils sont formés (texture, présentation des repas, trouble de la déglutition). Des personnes ressources telles que deux diététiciennes et une référente hôtelière sont disponibles dans l'établissement, elles évaluent les caractéristiques nutritionnelles des repas.

Les équipes coordonnent la prise en charge en secteur interventionnel selon la charte de bloc opératoire, en intégrant l'organisation de la salle de surveillance post-interventionnelle. Les transmissions sont réalisées en temps utile avant et après l'intervention. Une réunion bloc-chirurgie semestrielle permet de partager les événements indésirables et de définir des actions d'amélioration.

Le binôme infirmier/aide-soignant assure le transport bloc-chirurgie avec des transmissions orales directes, garantissant la continuité des soins. Les transports internes sont organisés selon l'activité, des brancardiers sont formés et dédiés, et parfois un relais est assuré par les animateurs en fin de séance pour les enfants.

En amont de la sortie, les soins, prescriptions et matériel sont anticipés. La lettre de liaison est conforme et remise au patient, et des améliorations ont été déployées (dictée vocale, formulaires intégrés au DPI) à la suite de l'analyse des indicateurs de qualité.

Les équipes appliquent systématiquement les bonnes pratiques d'identification du patient à chaque étape de la prise en charge. L'identification débute lors de la planification du séjour, puis est contrôlée et qualifiée à l'entrée par le service des admissions. À l'arrivée dans l'unité de soins, un bracelet d'identification est posé après contrôle par un professionnel. En hospitalisation de jour, cette vérification par bracelet est réalisée quotidiennement.

Les équipes appliquent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments, le traitement habituel est pris en compte, la traçabilité est conforme dans le DPI, l'analyse pharmaceutique est réalisée et la délivrance adaptée. L'approvisionnement répond aux besoins, les ruptures sont suivies et le transport des produits de santé est sécurisé. Le stockage est contrôlé. Une feuille de suivi des périmés n'était pas paraphée lors du passage de l'expert-visiteur en pédiatrie. L'établissement a immédiatement réagi en visite afin de corriger le document.

Les pratiques d'administration sont globalement conformes, avec traçabilité dans le DPI. Les professionnels sont formés et participent aux rencontres qualité animées par la pharmacienne, donnant lieu à la diffusion du document Infos MASSUES « Zoom médicament ».

Toutefois, lors de la distribution des médicaments dans la salle à manger en pédiatrie, la traçabilité anticipée a été observée. Dans le cadre de l'engagement des patients promu par l'établissement, le programme « Patient en auto-administration de ses médicaments (PAAM) », initié fin 2023, dispose d'une procédure et d'une organisation définies, mais la mise en œuvre est freinée par le paramétrage du DPI ne permettant pas une traçabilité conforme.

La maîtrise du risque infectieux est pilotée par une équipe (médecin et cadre hygiénistes) des HCL (Hospices Civils de Lyon), en appui à l'équipe opérationnelle interne (Président du Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins, cadre hygiéniste, correspondants en hygiène). Les acteurs se réunissent mensuellement, et deux correspondants sont identifiés par service pour garantir la transmission des bonnes pratiques dans les services. Les précautions complémentaires sont prescrites et suivies, même si deux professionnels portaient le masque « en collier » lors de la visite des experts-visiteurs. Les actions de sensibilisation s'appuient sur les évaluations annuelles de pratiques et les visites de risques menées avec l'équipe des HCL.

Le risque infectieux est une thématique fil rouge, l'établissement participe notamment à la journée « Mission mains propres ». Cependant, en balnéothérapie, les professionnels interrogés ne faisaient pas la distinction de l'indication lavage simple / friction hydro-alcoolique, et certains professionnels (éducateurs, auxiliaires APA) n'avaient pas bénéficié des sessions récentes de formation. A la suite du constat, une formation a été organisée durant la visite par l'équipe d'hygiène pour tous les professionnels de balnéothérapie présents, avec support et émargement à l'appui.

Le risque transfusionnel est maîtrisé. L'analyse bénéfice-risque est réalisée pour chaque transfusion, avec un formulaire renseigné dans le DPI selon les bonnes pratiques. La pertinence des actes est évaluée en équipe selon les critères protocolisés, et la décision ainsi que l'information au patient sont tracées dans le DPI. La refonte du dossier transfusionnel est en cours pour permettre une meilleure ergonomie et une visibilité plus claire des éléments. Des formations annuelles et des ateliers trimestriels « Parcours transfusionnel » maintiennent les compétences des professionnels, évaluées par questionnaire. Les équipes maîtrisent les contrôles requis à chaque étape du processus. Des bilans annuels de l'activité transfusionnelle sont présentés aux professionnels et à la CME pour suivre le plan d'actions.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est évalué dans tous les secteurs via des exercices de simulation programmés annuellement. Les professionnels bénéficient de formations régulières aux gestes d'urgence. Un numéro d'appel unique est affiché et connu, et les chariots d'urgence sont accessibles, scellés. La traçabilité des ouvertures des chariots est conforme (lots, péremption, formations) et leur vérification est tracée mensuellement, excepté en balnéothérapie, où elle est effectuée par la pharmacienne deux fois par an suivant la procédure interne. La mise à disposition d'un matériel non fonctionnel entre deux contrôles n'avait pas été identifié comme un risque par les équipes. La procédure globale de gestion des chariots / sac d'urgence vitale a été révisée durant la visite pour intégrer ce contrôle mensuel. Et le chariot – vérifié après la simulation de novembre – a été de nouveau contrôlé le jour même de l'observation.

Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants sont maîtrisés. Le suivi du plan d'actions après l'inspection de l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection a permis de poursuivre les formations des professionnels habilités, de renforcer la traçabilité de l'information donnée aux patients exposés ainsi que les doses de rayonnements dans les comptes rendus d'examen.

La prise en charge anesthésique des patients est tracée dans le logiciel d'anesthésie depuis la consultation d'anesthésie jusqu'à la sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI). La conformité des équipements à l'ouverture des salles d'opération et en SSPI est également tracée dans ce logiciel. Les bonnes pratiques d'extubation sont appliquées en SSPI, avec du personnel formé (Infirmier anesthésiste diplômé d'Etat et infirmier de SSPI) et la sortie est validée médicalement après l'évaluation sous condition du score d'Aldrete. Les comptes rendus de la consultation et de la visite préanesthésique contiennent l'évaluation du risque anesthésique, la justification du choix de la technique ainsi que l'antibioprophylaxie choisie. Cette dernière est conforme au protocole, adaptée en fonction du type de chirurgie, du patient. L'analyse des pratiques permet à l'équipe de mettre en place des actions d'amélioration comme cette année la réduction du délai entre l'heure d'injection et l'heure d'incision.

Les équipes réalisent toutes les étapes de préparation du patient et d'antisepsie cutanée selon le protocole en vigueur. Les consignes sont transmises au patient par le chirurgien et également lors de la consultation d'anesthésie. En chirurgie, le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoire de sa prise en charge. L'équipe trace l'éligibilité à l'ambulatoire et assure le suivi des patients peu nombreux par jour, compte-tenu des pathologies prises en charge dans l'établissement.

Les équipes du bloc opératoire améliorent leurs pratiques et analysent une fois par an les modalités de réalisation de la check-list. Deux formations proposées par l'organisme de prévention des risques en orthopédie (ORTHORISQ) ont été suivies par les équipes dans le but d'améliorer la communication lors de la réalisation de la check-list en salle.

Les recommandations de bonnes pratiques sont accessibles. Les professionnels expliquent bénéficier d'informations en interne : formation ponctuelle ou présentation d'une publication scientifique. Un exemple de changement de protocole de soin (pansement, antiseptique) en lien avec des recommandations récentes est relaté par les professionnels. L'évaluation et l'analyse des résultats cliniques sont communiquées aux professionnels lors des conseils de service. Cependant, l'analyse de l'évaluation de la pertinence des parcours ne prend pas toujours en compte les indicateurs d'alerte comme le taux de transfert à 48 heures ou encore le taux de ré-hospitalisation lors des Commissions de

filière de soins annuelles.

Les équipes des secteurs interventionnels analysent leurs indicateurs de fonctionnement en réunion de dialogue de gestion et les résultats sont diffusés en Conseil de bloc, l'instance où sont repris également l'analyse des mesures de prévention des infections ou encore les écarts de programmation opératoire.

Toute prescription d'un traitement antibiotique ou sa prolongation est justifiée dans le dossier médical. Les praticiens s'appuient sur un référentiel et peuvent faire appel à un médecin référent en antibiothérapie et à un infectiologue présent sur l'établissement tous les mardis et pouvant être contacté les autres jours de la semaine.

La prescription de contention est tracée dans le DPI, avec les modalités de mise en œuvre, une évaluation quotidienne et une réévaluation hebdomadaire. Une alerte est générée avant la fin de validité de la prescription (7 jours). Lors de l'analyse pluridisciplinaire hebdomadaire, tracée dans le DPI, l'équipe examine les alternatives : mise à disposition du robot de support émotionnel, interventions de l'ergothérapeute, musicothérapie, activités de socialisation, réalité virtuelle.

Les modalités de restrictions de liberté sont intégrées au plan de soins sous forme d'actes à valider. L'information du patient et, si besoin, de la personne de confiance, est tracée, et la procédure est connue des équipes.

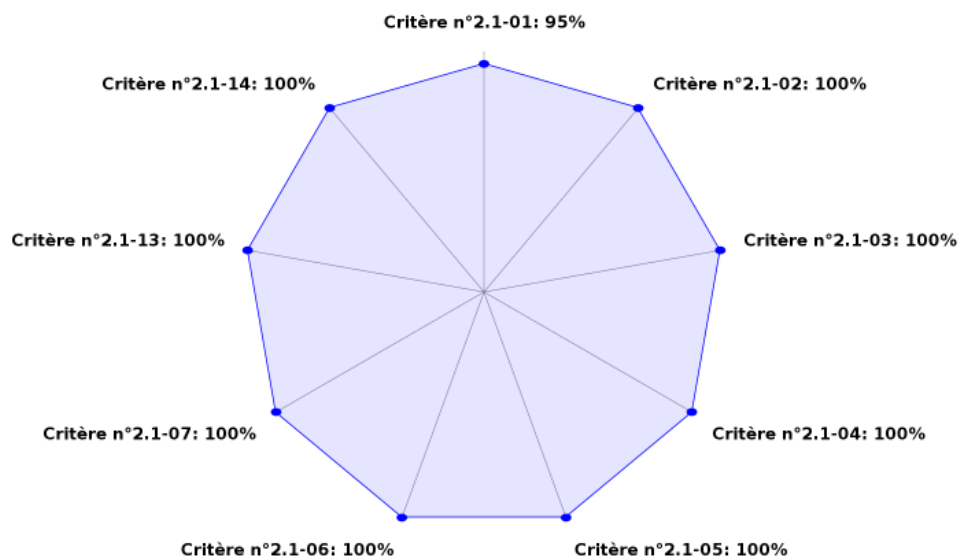
Les demandes d'admission en unités de soins médicaux et de réadaptation sont traitées chaque jour ouvrés et font l'objet d'une analyse de pertinence pluriprofessionnelle au regard des informations déclarées en ligne sur la plateforme VIA TRAJECTOIRE, utilisée pour orienter les patients dans leurs parcours de soins. Une commission d'admission a lieu toutes les semaines. Les durées de séjour sont étudiées pour ajuster les prises en charge, avec adaptation selon les besoins du patient. Les besoins en matériel de sortie sont anticipés et, en cas de précarité, le matériel est commandé par les professionnels et livré à l'établissement avant le retour à domicile.

Les équipes suivent leurs indicateurs qualité et les analysent dans chaque Commission de filière de soins. Les actions d'amélioration sont inscrites et suivies dans le Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Un comité de pilotage a lieu tous les deux mois.

Les actions d'amélioration en lien avec les activités de laboratoire sont également recherchées en équipe et mises en place en cohérence avec les retours trimestriels du laboratoire (identitovigilance, quart d'heure qualité sur les bonnes pratiques de prélèvement). Quant aux activités de radiologie, les délais de prise en charge des patients et de mise à disposition des résultats sont suivis.

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

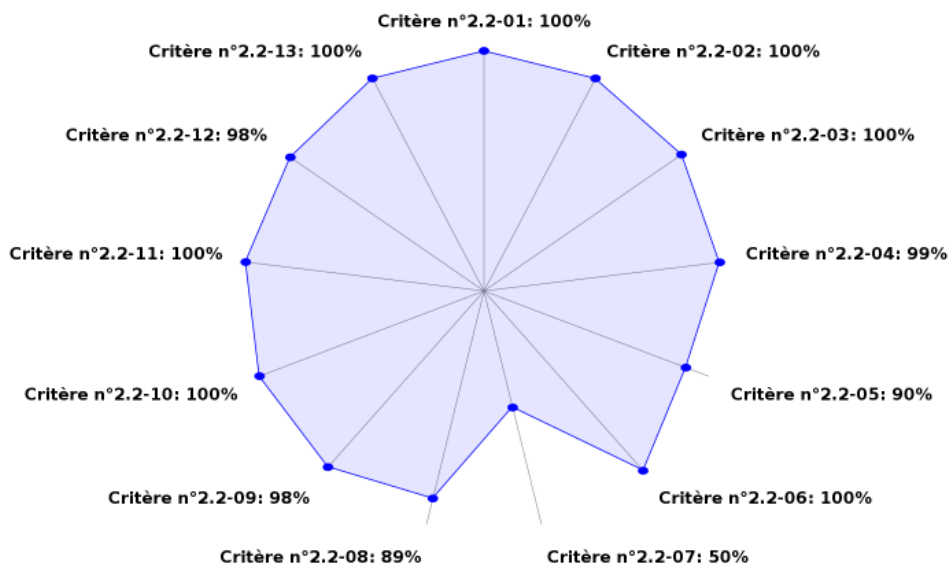
Score de l'objectif **99%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	95%
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	100%
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 **98%**

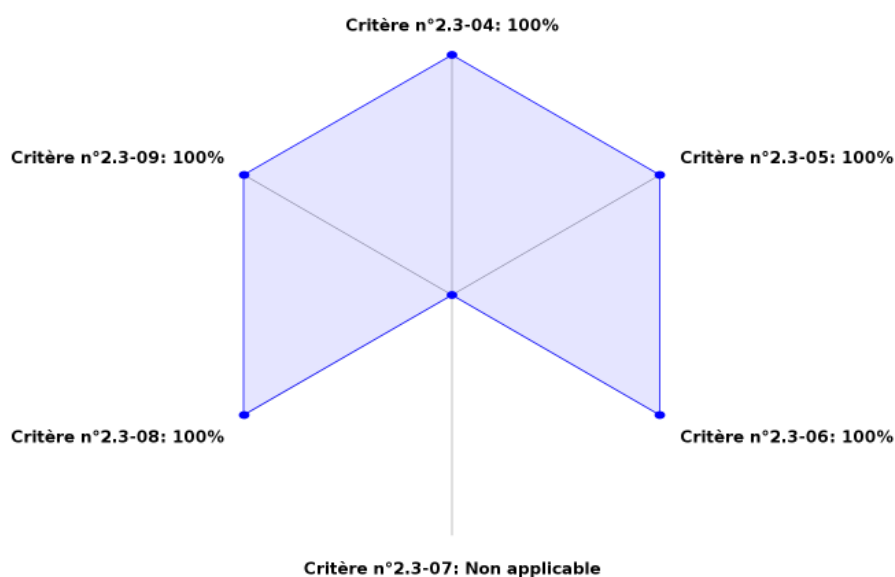


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
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.	90%
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)	50%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	89%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	98%
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	98%
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...)

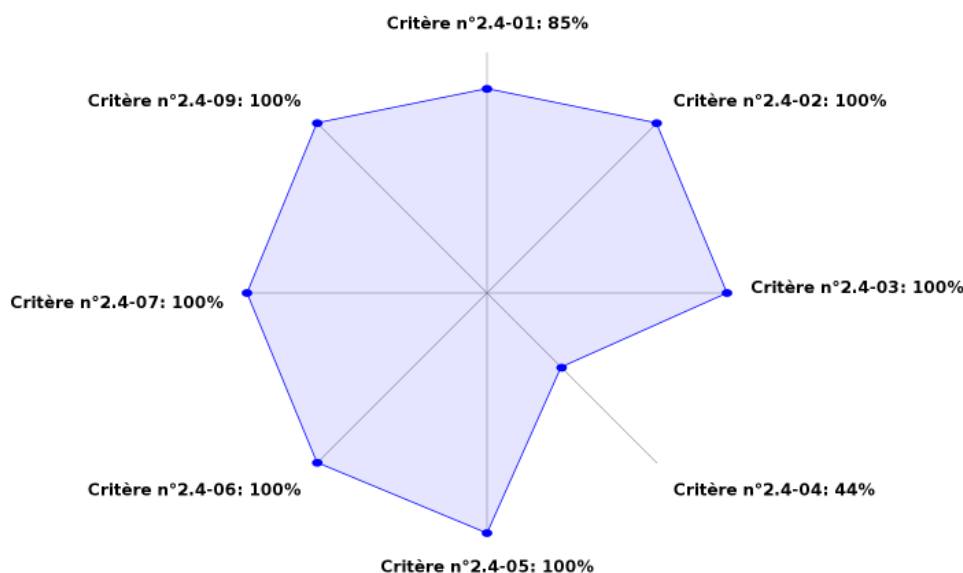
Score de l'objectif **100%**



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	Non Applicable
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	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%

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

Score de l'objectif **91%**

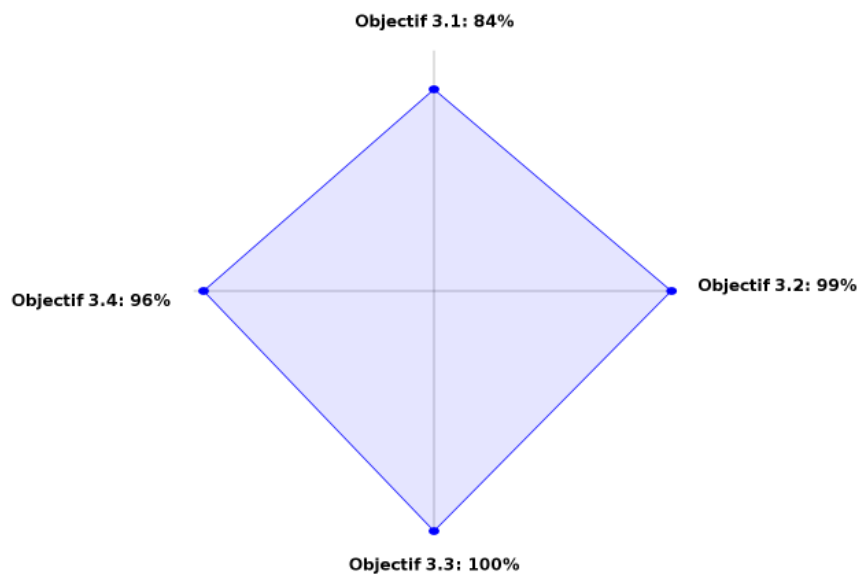


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	85%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des 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	44%
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%
2.4-09	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 **95%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	84%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	99%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	96%

Synthèse du chapitre 3

Le Centre Médico-chirurgical de réadaptation des Massues dispose d'une gouvernance structurée autour de la Direction et de la Commission médicale d'établissement (CME), engagées conjointement dans la définition et le suivi de la politique qualité. Le PAQSS est construit à partir de la cartographie des risques et alimenté par les actions issues des instances, contrôles et audits externes. Les cadres connaissent les actions du PAQSS et collaborent étroitement avec le responsable qualité pour en assurer l'animation opérationnelle.

La veille réglementaire est assurée par une documentaliste qui diffuse les recommandations aux professionnels. Les activités de recherche clinique renforcent également l'accès aux données scientifiques. Deux enquêtes « culture sécurité » ont été menées en ligne (2024 et 2025), diffusées en instances et suivies de réunions de terrain permettant de coconstruire des actions intégrées au PAQSS.

Les professionnels maîtrisent les vigilances sanitaires et les modalités de signalement. Ils participent à des actions régulières de sensibilisation (hygiène des mains, chambre des erreurs, urgences vitales) et aux « quarts d'heure qualité ». Les événements indésirables graves associés aux soins font l'objet d'analyses systématiques et sont partagées. Les équipes sont formées à l'annonce d'un dommage associé aux soins. L'établissement promeut l'accréditation des médecins : un chirurgien orthopédiste est accrédité et un anesthésiste s'est engagé dans la démarche début décembre.

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est élaboré de manière collective. Des exercices annuels ont lieu comme en 2025 sur la constitution de la cellule de crise ou encore la simulation d'une cyberattaque. La fête des lumières qui a lieu chaque année début décembre est également l'occasion de rappels aux professionnels sur le déclenchement de la gestion de crise sur le bassin lyonnais.

Un groupe de réflexion éthique pluridisciplinaire fonctionne depuis trois ans, avec six réunions par an, des formations dédiées et l'implication d'une professionnelle en philosophie du soin. L'ouverture récente de deux séances annuelles à l'ensemble des soignants renforce la diffusion de la culture éthique. Une patiente partenaire y participe, ainsi que les représentants des usagers.

L'organisation médicale garantit l'accès permanent à un médecin. Des solutions sont mobilisées en cas d'absentéisme, et un point hebdomadaire est réalisé entre la direction, le service des ressources humaines et la direction des soins. Une maquette organisationnelle par unité définit les effectifs cibles, ajustés selon la charge en soins et le taux d'occupation des lits. Les entretiens annuels sont réalisés et alimentent un plan de formation examiné en comité dédié. Les professionnels participent à des congrès et bénéficient de programmes de maintien des compétences, notamment en hygiène et urgences vitales. Un programme de formation de l'urgence vitale par simulation est formalisé, il a été réfléchi après le développement des exercices réalisés dans les différentes unités de soins. Le mannequin connecté, ainsi que le système de caméra vidéo et audio ont été reçus récemment pour équiper la salle de simulation qui devrait être fonctionnelle début 2026.

Les encadrants sont formés au management, disposent d'un compagnonnage, d'une charte managériale et de dispositifs de soutien. Une procédure de gestion des conflits est en place, avec des actions de sensibilisation aux discriminations et violences sexistes.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels est suivi par service et par profession. Les dispositifs d'écoute institutionnels sont connus (psychologue du travail, médecine du travail, médiation interne/externe). Les professionnels sont accompagnés par la médecine du travail sur les recommandations vaccinales. Une campagne d'information sur les vaccins saisonniers est proposée ainsi qu'une facilitation d'accès à ces vaccins (gratuité et vaccination sur site). La sécurité est assurée 24/24 par une présence dédiée et un numéro spécifique connu des professionnels en cas de situation critique.

La politique qualité de vie au travail est active, avec un comité de pilotage, une boîte à idées ayant permis l'aménagement d'espaces de pause, une aide à la mobilité, l'aménagement d'un espace extérieur de restauration, et un événement annuel du personnel. Le télétravail concerne 50 professionnels. Le fonctionnement par la nomination de référent valorise les compétences de nombreux professionnels. Certains sont mobilisés pour former leurs collègues à l'acquisition de nouvelles pratiques. D'autres sont impliqués dans le dispositif de recherche clinique et de développement de la recherche paramédicale. La Direction soutient la pratique avancée, est terrain de stage et une délégation de gestion est en place, avec les rééducateurs qui organisent et pilotent des réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) avec les établissements partenaires du territoire.

Les filières de prise en charge (orthopédie, rachis, onco-ortho, amputés, gériatrie, soins palliatifs, maladies rar

Une réflexion territoriale est menée avec les partenaires, notamment pour les projets de développement (ouverture de lits handicap, RCP douleurs fantômes). L'errance diagnostique est identifiée via un questionnaire à l'admission non programmée. Les procédures de pertinence des admissions sont formalisées, avec questionnaire de tri et actualisation biquotidienne du taux d'occupation.

Une procédure de transfert des personnes âgées est en place. Une convention lie l'établissement au service d'urgences du CH local, avec des rencontres régulières pour ajuster la filière directe. Les demandes d'admission reçoivent une réponse immédiate, éventuellement différée de 24 heures selon les examens nécessaires aux urgences.

Des solutions de télémédecine sont proposées pour limiter les déplacements, notamment des patients âgés. Les indicateurs des admissions non programmées en filière gériatrique sont connus, analysés en conseil de pôle et transmis à l'ARS.

Une cellule de recherche recueille les questions des professionnels. Le comité de recherche analyse la pertinence des projets et en diffuse les comptes rendus. Plusieurs thèmes récents (anxiété, sexualité) ont été étudiés. Deux projets sont actuellement soutenus (cryothérapie, utilisation des résines). L'analyse quantifiée du mouvement et de la marche est réalisée au quotidien. Plusieurs programmes d'immersion en réalité virtuelle ont été élaborés pour permettre des évaluations en variant les conditions et en approchant du mouvement écologique (grâce au système mixte d'évaluation et de rééducation du mouvement le *Dive in Gait*). Les professionnels sont encouragés à publier et à communiquer, au sein des filières et lors de congrès. Les patients partenaires peuvent intégrer les programmes de recherche et l'établissement est inscrit à la SIGAPS.

La politique de formation s'inscrit dans les besoins territoriaux, avec de nombreux partenariats universitaires, un accueil d'étudiants structuré et la participation au colloque national biennal. Des programmes d'éducation thérapeutique sont partagés avec les partenaires, notamment pour la prise en

charge des maladies rares et scoliose de la personne âgée. L'établissement fait partie de l'unité territoriale d'éducation thérapeutique.

Les locaux sont entretenus, avec un plan de maintenance structuré. Un projet de rénovation énergétique sur la partie du bâtiment la plus ancienne est en réflexion dans le cadre de la politique nationale de la Croix-Rouge Française.

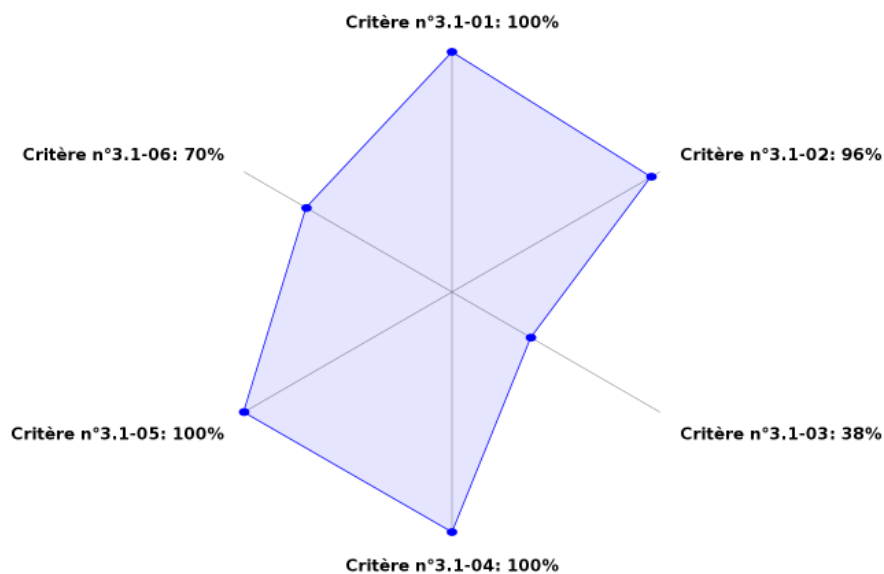
Les actions de développement durable incluent mobilité douce (local à vélos, abonnement transports soutenu), participation aux challenges régionaux, réduction des déchets, compostage, recyclage via une ressourcerie interne, dons d'ordinateurs à Comète France.

L'établissement est engagé dans une démarche de transition écologique. Une réflexion pluriprofessionnelle a

La télémedecine est proposée dans toutes les filières. Un local est dédié avec la mise à disposition de matériel nécessaire. Une procédure encadre le dispositif et l'activité de télémedecine est évaluée par filière. L'établissement ne pratique pas la télésurveillance.

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

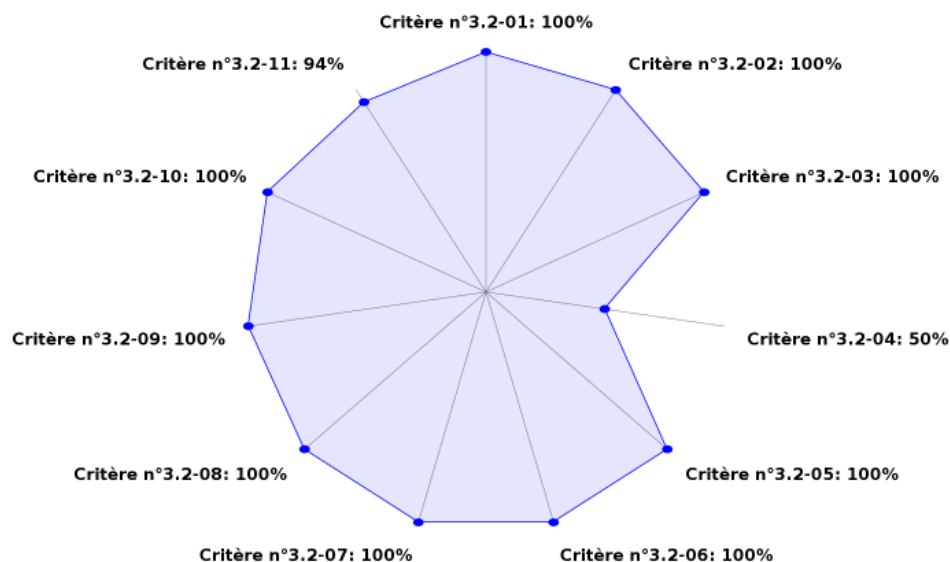
Score de l'objectif **84%**



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	96%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	38%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	70%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **99%**

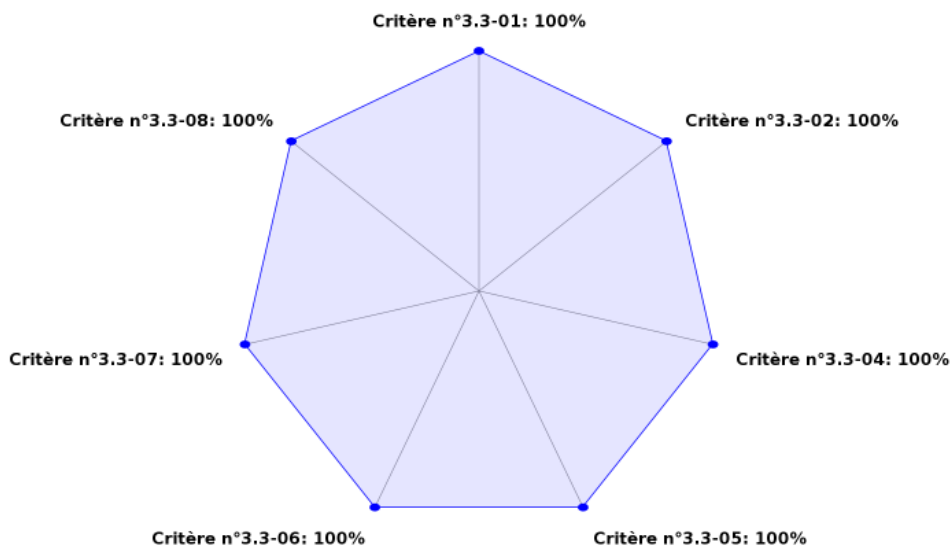


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	50%
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	100%
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

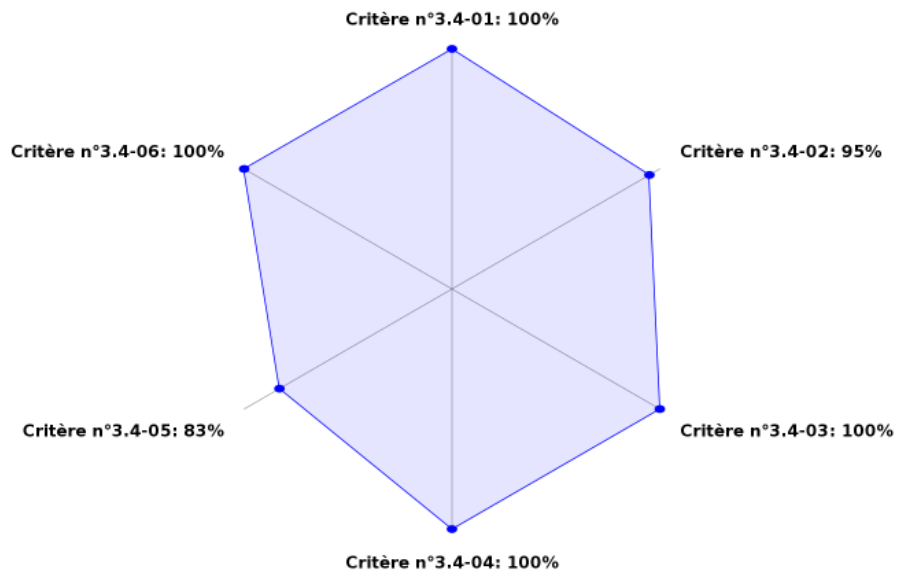
Score de l'objectif **100%**



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

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

Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	95%
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	83%
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

