HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAL VILLIERS SAINT DENIS

1 RUE VICTOR ET LOUISE MONFORT
BP 1
02310 Villiers Saint-Denis



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 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 24
  Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques 25
  Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation 27
Chapitre 3 : L'établissement 28
  Résultats du chapitre 3 : Objectifs 28
  Synthèse du chapitre 3 29
  Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins 32
  Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences 33
  Objectif 3.3 : Le positionnement territorial 35
  Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques 36

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 VILLIERS SAINT DENIS	
Adresse	1 RUE VICTOR ET LOUISE MONFORT BP 1 02310 Villiers Saint-Denis FRANCE
Département / Région	Aisne / Hauts-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	750814030	FONDATION LA RENAISSANCE SANITAIRE	4 rue Georges Picquart 75017 PARIS FRANCE
Établissement principal	020000303	HOPITAL VILLIERS SAINT DENIS	1 RUE VICTOR ET LOUISE MONFORT BP 1 02310 Villiers Saint-Denis FRANCE
Établissement géographique	020016341	SSR RENAISSANCE SOISSONS	46 avenue du général de gaulle 02200 SOISSONS FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les l'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
Soins de suite et 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 **5** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



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



Tracé **8** 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
- 3 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 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 **14** 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 :

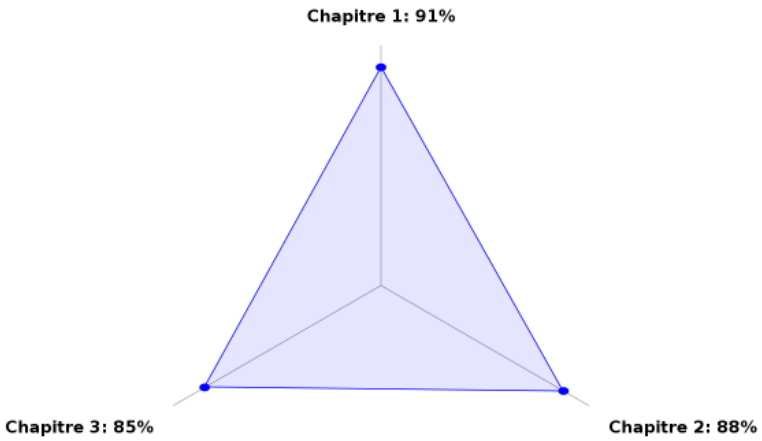
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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 confirme la qualité des soins et décerne la certification. 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 maitrise 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	91%
Chapitre 2	Les équipes de soins	88%
Chapitre 3	L'établissement	85%

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.

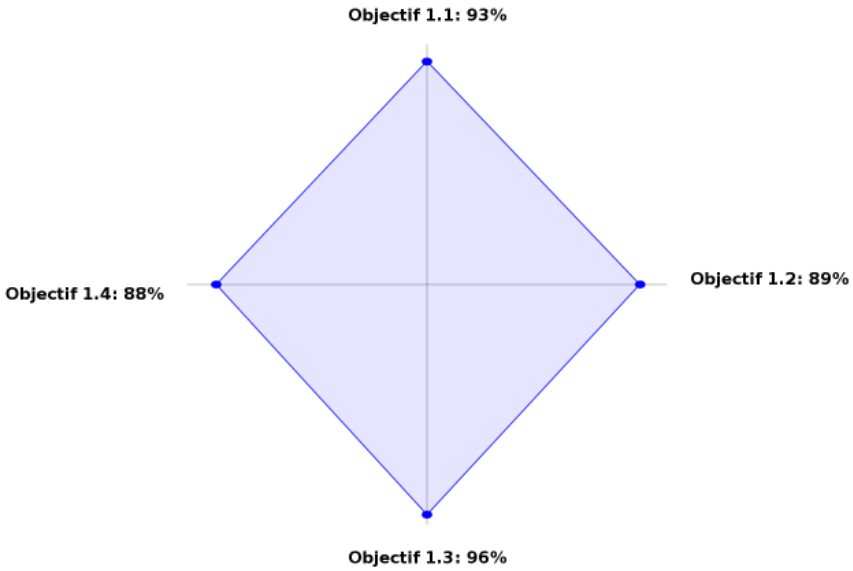
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager 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	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	83%
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	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	80%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	83%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	75%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	50%

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	50%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	75%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	0%
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	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **91%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	93%
1.2	L'information du patient	89%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	96%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	88%

Synthèse du chapitre 1

A l'hôpital de Villiers Saint Denis, le patient est respecté, tant du fait des pratiques que des locaux, avec une douche dans chaque chambre et un rideau téléscopique entre deux lits dans les chambres doubles, ou des équipements, très nombreux, permettant d'accompagner les patients en rééducation dans toutes les limitations de leurs capacités. Toutefois, un local de douche est utilisé, pendant le temps des travaux, pour y entreposer du matériel de soins. L'accessibilité aux personnes en situation de handicap est un point de vigilance dans l'établissement et les trois pavillons y sont adaptés. La signalétique globale du site a été rénovée. Un second site, au sein même de l'hôpital de Soissons (activité de rééducation en hôpital de jour) permet également le respect de la dignité du patient. La confidentialité est respectée et les professionnels connaissent les règles relatives à la connexion au dossier patient (y compris sur le volet des sanctions en cas de connexion illégitime). Le patient est informé sur son droit à rédiger ses directives anticipées sans qu'un travail avec les partenaires d'amont ait été formalisé. La prise en charge de la douleur est un point de vigilance important dans l'établissement, ce qui est perçu par le patient. Des correspondants douleur sont identifiés dans les unités et disposent d'une fiche de missions. De nombreuses modalités de prise en charge non médicamenteuse de la douleur sont mises en place, telles que la cryothérapie, la pressothérapie ou l'hypnose (par exemple). Dans un pavillon, une organisation de co-soins a été mise en place, permettant la prise en charge conjointe entre un soignant et un psychomotricien en cas de soin douloureux, le soignant effectuant son soin et le psychomotricien s'attachant à la prise en charge non médicamenteuse de la douleur. Les patients soulignent qu'ils sont pris en charge de façon bientraitante, ce qui est le cœur de l'action des professionnels (ainsi, ils se présentent systématiquement aux patients). La prise en charge des maltraitances internes et externes est organisée, avec l'identification de toutes les situations possibles, dans une procédure récente. Cette organisation n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation. Le patient peut accéder à son dossier dans les délais légaux, ces délais sont présentés à la CDU. Le décès du patient fait l'objet d'une procédure récemment mise à jour, avec la possibilité pour la famille de réaliser elle-même les soins funéraires. Le nombre de décès annuel est connu. Il a pu être observé deux dépositoires sommaires que les équipes n'utilisent pas, contrairement à ce qui est prévu dans la procédure.

En matière d'information du patient, celui-ci peut se référer au site de l'établissement et au livret d'accueil qui lui est remis. Les affichages permettent de rappeler aux patients et à leurs familles, leurs droits et devoirs. Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge et il est convié au staff dans le cours de sa prise en charge. Pour un patient non communiquant, les professionnels adaptent leurs outils (par exemple, utilisation d'une ardoise pour un patient sourd). le Dossier Médical Partagé et son alimentation sont connus par plusieurs patients. En cas d'évènement indésirable grave, le patient est informé (ou sa famille). Une attention particulière est apportée à l'organisation de la sortie, avec la présentation de la lettre de liaison et le détail, dans certains services, de l'évolution du traitement. Afin d'améliorer la préparation de la sortie, une visite à domicile d'une ergothérapeute et d'une assistante sociale peut être organisée. Le déversement de la lettre de sortie dans le DMP suppose une action volontaire de la part du praticien, de ce fait le taux n'en est pas exhaustif. L'information aux patients concernant les associations de patients ou les représentants des usagers est diffusée, notamment au moyen de flyers ou d'affichage. Cependant, certains patients rencontrés n'avaient pas repéré ces informations.

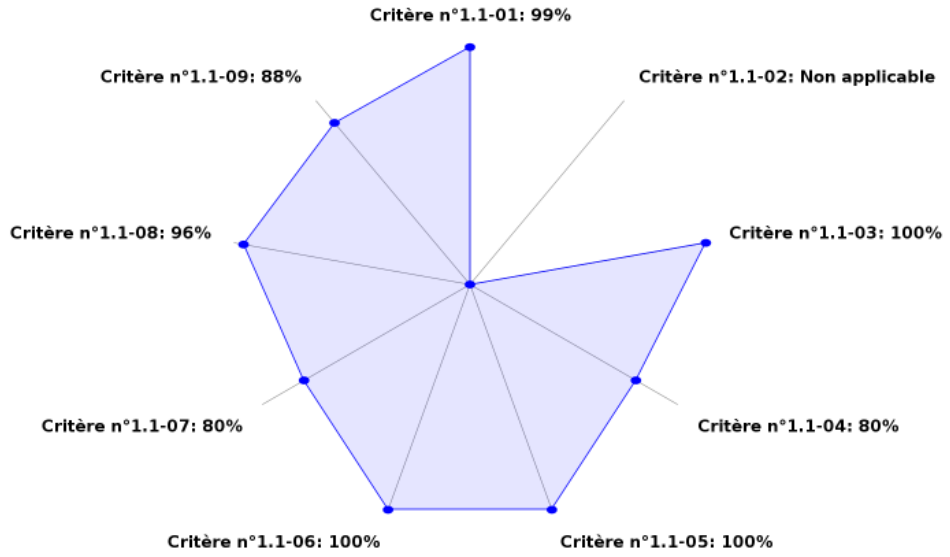
Le patient voit ses besoins de soins et de rééducation inscrits au centre de sa prise en charge, avec un

projet de soins personnalisé et réévalué, y compris pour les patients en situation de handicap. Pour répondre au mieux aux besoins de patients venant de Paris, une consultation avancée y est organisée toutes les deux semaines. L'évolution de son projet de soins est tracée dans son Dossier Patient Informatisé. Son consentement est recueilli après qu'il se soit vu proposer les options thérapeutiques qui s'offrent dans sa situation. La désignation de la personne de confiance est réalisée de façon fréquente, certaines co-signatures n'ont pas été retrouvées. En cours d'hospitalisation, un programme d'éducation thérapeutique peut être proposé, par exemple concernant la chute de la personne âgée pendant son séjour en gériatrie. Des affichages fixes et dynamiques promeuvent des messages de santé publique. Afin de préserver l'autonomie du patient en situation de handicap, les professionnels peuvent mobiliser de nombreux équipements, par exemple en termes d'aide à la marche. L'intervention d'une assistante sociale est proposée de façon systématique et celle-ci contribue à la prise en charge pluridisciplinaire du patient. Afin d'évaluer au plus juste l'autonomie du patient âgé, celle-ci est évaluée, par exemple au moyen d'une grille GIR réalisée à trois reprises au cours du séjour pour mesurer l'évolution des capacités du patient et ajuster la prise en charge au regard des facteurs de fragilité. Les proches peuvent participer au projet de soins et peuvent être conviés au staff ou en réunion de concertation pluridisciplinaire. Si besoin, et notamment dans l'unité de soins palliatifs, des équipements et des locaux dédiés permettent un accueil particulier de la famille dans les moments difficiles.

Le recueil de la satisfaction est réalisé au moyen d'un questionnaire interne de satisfaction, au moment de la sortie par un questionnaire propre à l'établissement et via e-satis. Afin d'améliorer le suivi de cet indicateur, l'établissement s'est organisé pour recueillir les adresses mail des patients. L'affichage de la satisfaction dans les lieux d'attente repose essentiellement sur un affichage dynamique, qui offre une visibilité ponctuelle de ces indicateurs aléatoire et a été complété, en cours de visite, par un affichage fixe comportant également les résultats des IQSS 2025, ainsi que sur une présentation en instances. Le recueil de la satisfaction patient est organisé et diffusé auprès des équipes. Si des actions sont issues de l'analyse de la satisfaction patient ou de l'expérience patient, elles ne sont pas retrouvées dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) qui présente une dimension historique, n'en permettant pas un usage aisé en dépit de plusieurs tentatives. Les professionnels ont cité une action issue des demandes des représentants des usagers. La mesure de l'expérience patient a débuté dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique autour de l'obésité et du diabète. Les patients partenaires se voient octroyer une place dans l'établissement, notamment grâce à l'implication de certaines associations (association Poids Plume, association Comme les Autres), sans avoir à ce stade contribué à la définition d'actions issues de démarches collectives d'amélioration des pratiques. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement au travers des commissions des usagers et de la circulation d'informations régulières, par exemple le recueil de la satisfaction dans un service, ou la participation à la réflexion sur le nouveau plan de circulation de l'établissement.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

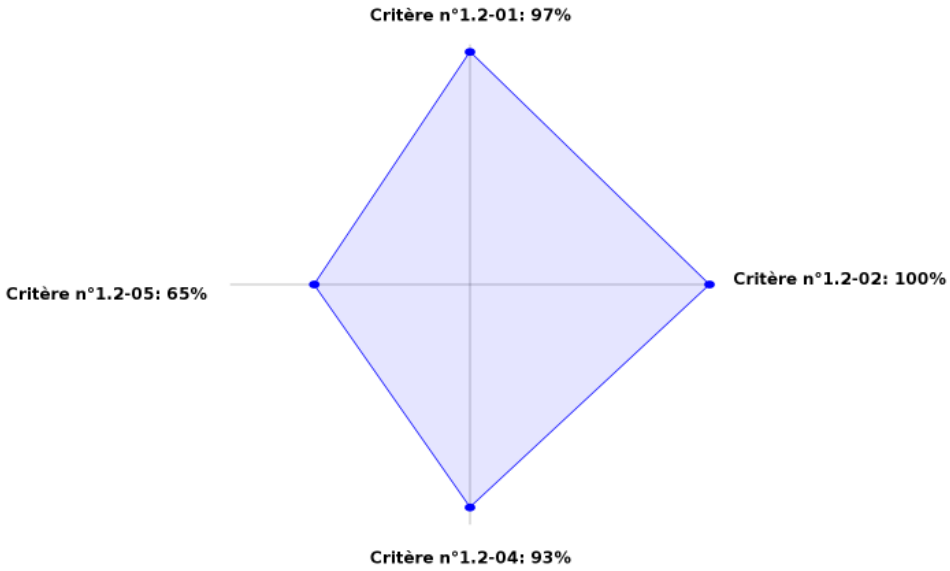
Score de l'objectif **93%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
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	80%
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	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	96%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	88%

Objectif 1.2 : L'information du patient

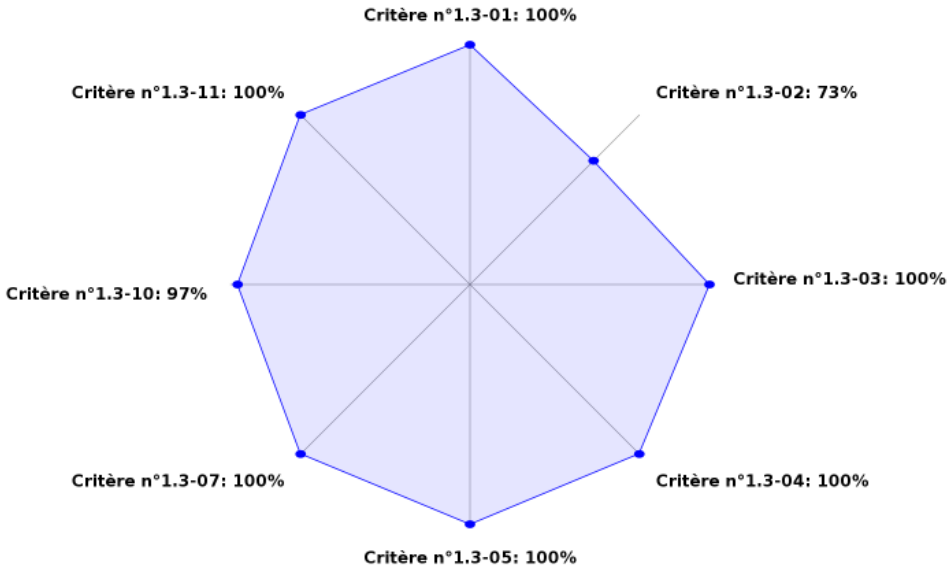
Score de l'objectif **89%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	97%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	93%
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.	65%

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

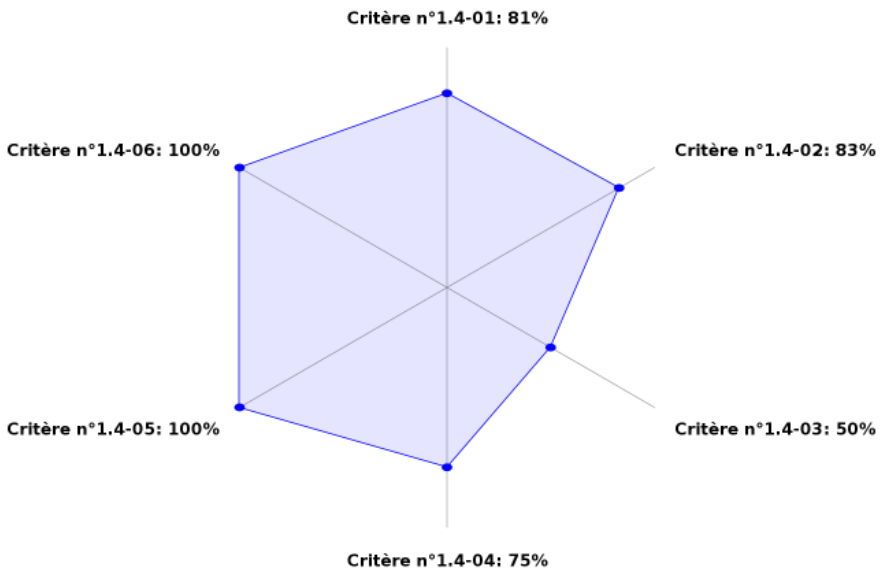
Score de l'objectif **96%**



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	72%
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%
1.3-07	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 **88%**

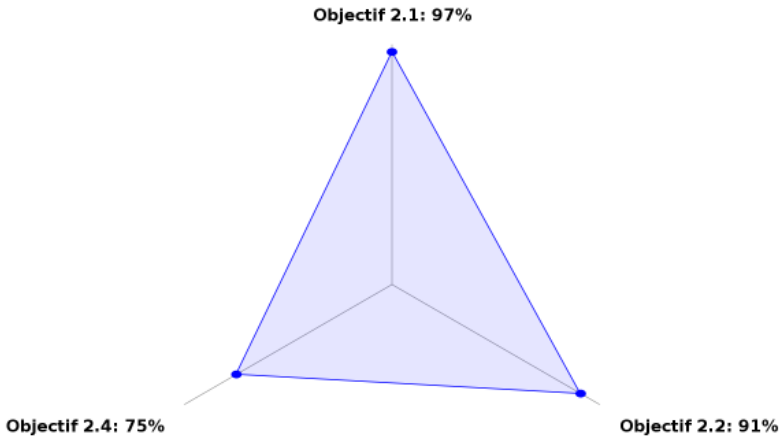


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	81%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	83%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	50%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	75%
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 **88%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	97%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	91%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	75%

Synthèse du chapitre 2

L'établissement dispose d'un secteur de consultations hospitalières, joignable par téléphone ou par une plateforme de rendez-vous en ligne, rassemblé dans un pavillon unique. Les comptes-rendus de consultation sont déversés dans le DMP. Le secteur de consultation a mis en place une action d'amélioration en lien avec l'activité d'hospitalisation. Il existe, dans l'établissement, un DPI ainsi qu'un dossier papier dont les documents sont majoritairement identifiables par une étiquette patient. Les professionnels tracent l'ensemble des éléments utiles à la prise en charge du patient et peuvent être formés à son utilisation. La consultation et la traçabilité dans le dossier supposent un identifiant et mot de passe uniques par professionnel. Le projet de soins est élaboré en incluant l'ensemble des acteurs concernés par le parcours de soins (équipes de soins de support, ensemble des équipes lorsque le patient est hébergé dans une autre unité faute de places disponibles...).Un staff pluri professionnel est organisé une fois par semaine en pluridisciplinarité : médecins, IDE, AS, psychologue, diététicienne, assistante sociale, orthophoniste, cadres et rééducateurs. Un plan de soins concerté est mis en place à l'arrivée du patient, après une évaluation globale du patient à son arrivée, dans une démarche sécurisée et individualisée favorisant la prévention des risques et l'adaptation du projet de vie du patient. Des correspondants experts sont identifiés parmi les professionnels, le correspondant douleur dispose d'une fiche de missions. Les professionnels rééducateurs des secteurs concernés peuvent faire appel au Centre d'Appareillage installé sur le site, qui fonctionne de façon autonome de l'établissement. Des ateliers tels que la reprise de la conduite automobile sont également proposés aux patients. La conciliation médicamenteuse est engagée pour les secteurs et profils de patients les plus à risque (gériatrie, et oncologie) et est réalisée selon les bonnes pratiques. Cependant, il n'existe pas d'évaluation de la pertinence de l'activité de conciliation. En matière de prise en charge palliative, une unité accueille les patients selon leur profil clinique, après concertation avec l'équipe d'origine. Des professionnels référents venant du service de soins palliatifs peuvent également intervenir dans les unités de l'établissement, à la demande. Les directives anticipées sont recherchées par tout moyen afin d'accompagner la fin de vie des patients. Une diététicienne intervient pour le coté nutritionnel et peut adresser le patient dans les ateliers d'éducation thérapeutique du service d'endocrinologie. En coordination avec les équipes, elle utilise des outils et tableaux de suivi, notamment des textures alimentaires. Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation du service adresseur, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions, le bilan thérapeutique. Ces éléments sont aussi communiqués au patient. Les dispositifs de transport interne et de coordination logistique favorisent la fluidité des soins, en s'inscrivant dans chaque agenda patient, avec une information individualisée à chaque patient des transports prévus. La lettre de sortie et le compte-rendu d'hospitalisation et de consultation contiennent, en majorité, un bilan thérapeutique. La sortie est anticipée et coordonnée avec les structures et professionnels extérieurs : assistantes sociales, MDPH, réseaux, domicile, afin d'améliorer la réponse aux besoins sociaux.

Le patient dispose d'un bracelet d'identification et des modalités spécifiques sont adaptées, par exemple dans l'unité cognitivo-comportementale, pour permettre l'identification des patients grâce à une photo reportée dans le DPI. La dispensation médicamenteuse est individuelle et les services disposent d'une dotation, stockée dans une armoire fermée. Concernant la prescription médicamenteuse, le dossier

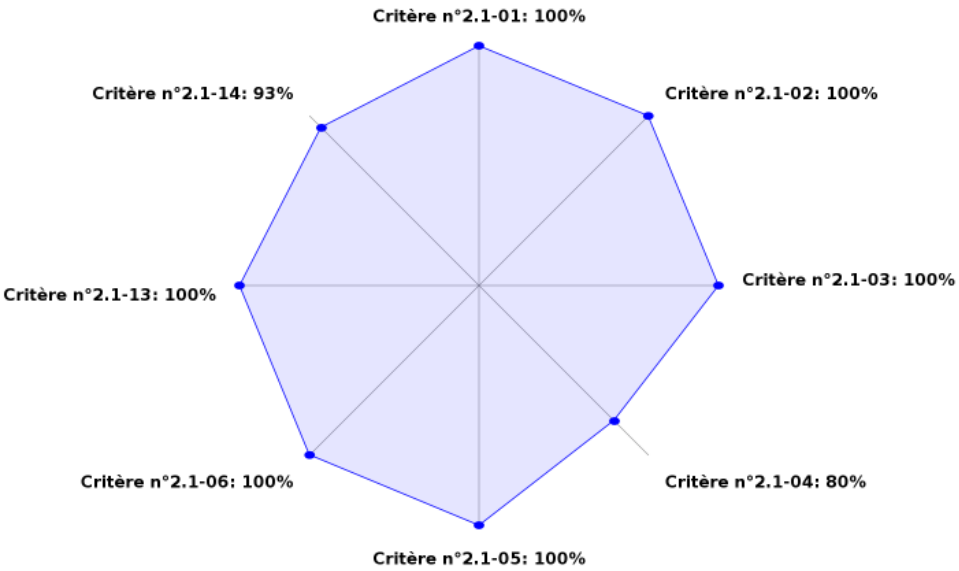
patient permet une prescription qui mentionne clairement l'identification et la signature du prescripteur, la date et l'heure, la dénomination des molécules en DCI, la posologie, le solvant et son volume (injectable), et la voie d'administration. Les prescriptions "si besoin" sont argumentée et une valeur seuil est prescrite par le praticien selon des formulaires à disposition dans le DPI. Le pharmacien réalise l'analyse de l'ordonnance et peut signaler ses interventions dans le DPI. En revanche, il ne prend pas part aux réunions de concertation pluridisciplinaire existantes. Les modalités d'approvisionnement répondent aux besoins des professionnels, avec la possibilité de s'approvisionner à la pharmacie de l'hôpital de Soisson avec l'existence d'une convention. Le stockage des produits de santé se fait dans les bonnes conditions à la pharmacie à usage intérieur. Il existe deux stockages à température contrôlée dans la pharmacie, l'un pour un stockage long, l'autre, pour le stockage identifié comme « tampon », ce dernier ne comportant pas de suivi de la température. Concernant les conditions de transport entre la pharmacie et les unités, l'ensemble des caisses de transport de médicaments sont fermées avec un cadenas. L'établissement a présenté le projet de mise en place d'armoires sécurisées dont le déploiement est imminent. Le stockage des produits de santé n'est pas conforme dans toutes les unités avec par exemple plusieurs médicaments stockés dans un même casier (notamment dans les stockages à température contrôlée) : mélange de dosages ou mélange de différents médicaments. L'organisation mise en place pour préparer l'administration des médicaments permet une sécurisation de la préparation, avec un local dédié indépendant du poste de soins, dans certaines unités. L'administration du médicament ou le motif de non-administration est tracé dans son dossier par les professionnels habilités sous la forme de couleur (Vert, orange ou rouge) dans le DPI. En matière de prévention des risques d'erreur médicamenteuse, la liste des médicaments à risques est présente ainsi que les moyens de maîtrise. Les erreurs médicamenteuses sont analysées et font l'objet d'un plan d'actions. Il existe, dans l'établissement, une démarche favorisant l'auto administration du médicament par le patient, démarche qui s'appuie sur une procédure, une grille d'évaluation médicale et une grille d'évaluation infirmière, un pilulier sécurisé et un carnet de suivi de prise de traitement par le patient, qui est déployée dans un service pilote. Les précautions standard sont appropriées notamment grâce à un parcours de formation en interne (logiciel de formation interactif, semaine sécurité, formation dans les services par l'hygiéniste) et, en externe, avec des formations inter Clin sur les autres sites. Les précautions complémentaires sont également respectées. Une surveillance des taux d'infections liés aux dispositifs invasifs est mise en place, ainsi qu'un suivi d'indicateur tous les trois mois pour les Bactériémies nosocomiales sur Hemoculture mais non suivis d'une analyse de ces résultats. Les résultats ne sont pas connus des équipes. En matière de prise en charge des urgences vitales, un dispositif de formation est mis en place et suivi. Des simulations d'urgence sont organisées plusieurs fois par an, sans que tous les services en aient déjà bénéficié. Un chariot d'urgence est présent dans chaque service, vérifié régulièrement avec traçabilité et muni de scellés. Cependant, il n'existe pas de registre d'utilisation des chariots d'urgence. L'organisation d'activité d'imagerie dans l'établissement repose sur un personnel formé, à même d'expliquer les conduites à tenir en cas d'incident. La dose de rayonnement est retrouvée dans le DPI mais n'est pas versé dans le DMP. Cependant, il n'existe pas d'évaluation de pertinence des rayonnements ionisants.

Les professionnels peuvent s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques présentes dans les protocoles et procédures, dont la mise à jour est en cours. Les équipes n'ont pas présenté de démarche continue d'évaluation des résultats cliniques des patients. L'analyse de la pertinence des parcours en s'appuyant sur des indicateurs d'alerte est déployée de façon discrétionnaire. Il n'existe pas de programme de bon usage des antibiotiques, ni de liste des praticiens formés au bon usage. Les

prescriptions d'antibiotiques sont systématiquement réévaluées entre la 24e et la 72e heure. Si des hémocultures par exemples ont été demandées lors de la prescription. Le médecin coche la case traitement probabiliste et par la suite lors de la réévaluation, le DPI demande le germe trouvé. En matière de restriction de liberté, l'établissement s'inscrit dans une politique de "zéro contention", de nombreuses modalités visant à prévenir la contention étant mises en oeuvre dans un premier temps (Snozoelen, lit Alzheimer). Le DPI comporte un écran permettant la prescription d'une contention, avec le détail de la nature de la contention, la modalité de surveillance et la durée. Une réévaluation est prévue systématiquement à 24 heures, hormis pendant les week-ends où la durée de prescription peut atteindre 72 heures. La prescription fait suite à une analyse bénéfice-risque pluridisciplinaire, dont la traçabilité n'a pas pu être retrouvée. Des actions en faveur de soins écoresponsables sont mises en œuvre. Cependant, l'évaluation de l'impact n'est pas connue des professionnels rencontrés. Concernant les admissions en SMR, elles sont traitées chaque jour en coordination entre les responsables médico-administratives et les correspondants des services. Des indicateurs tels que la durée moyenne de séjour ou le nombre de séjours sont suivis par les référents de chaque filière. Les équipes suivent majoritairement des indicateurs (indicateur de pratique clinique interne et/ou IQSS) et les analysent lors de staff mensuels, avec la mise en place d'actions dans le PAQSS. Un laboratoire extérieur est chargé, par contrat, de la réalisation des analyses biologiques. Accrédité COFRAC, il assure avec l'établissement une revue régulière des pratiques et un praticien du laboratoire intervient en CME. Il n'est pas présenté de participation des imageurs aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Des actions d'amélioration de l'activité d'imagerie sont retrouvées.

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

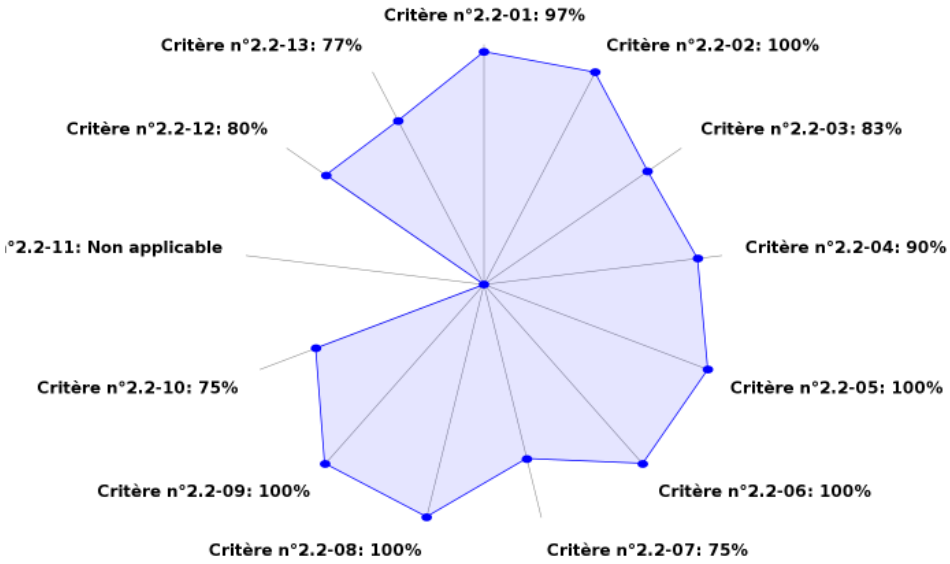
Score de l'objectif **97%**



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%
2.1-13	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	93%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **91%**

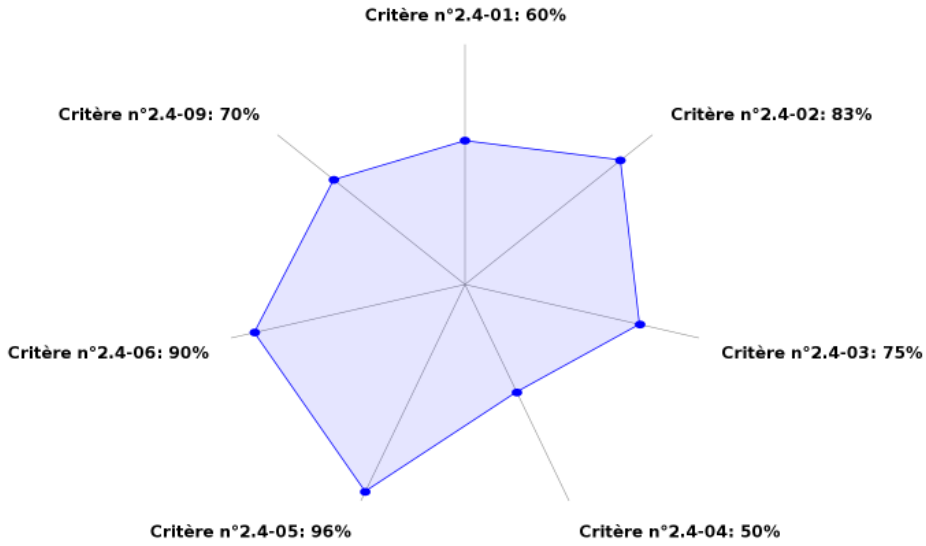


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	97%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	83%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	90%
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)	75%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%

2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	75%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	80%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	77%

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

Score de l'objectif **75%**

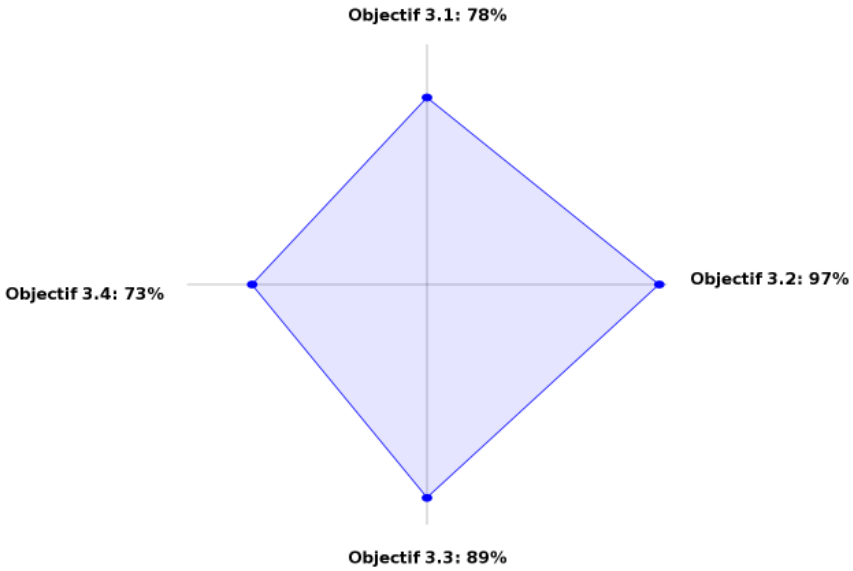


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	60%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	83%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	75%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	50%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	96%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	90%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	70%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **85%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	78%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	97%
3.3	Le positionnement territorial	89%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	73%

Synthèse du chapitre 3

La CME est impliquée dans la politique qualité et examine plusieurs sujets qualité à chaque instance. Une politique qualité existe pour la période 2025-2029. Ces orientations sont déclinées dans un PAQSS, qui se compose également des actions issues des CREX, ou d'audits. Afin de soutenir la culture qualité, de nombreux outils ont été déployés permettant notamment une appropriation ludique via un avatar. Cependant, l'établissement n'a pas organisé de rencontre sécurité, ni évalué la culture qualité au moyen d'une enquête. L'encadrement connait des actions du PAQSS mais tous les professionnels ne connaissent pas les actions du PAQSS propres qui les concernent. L'outil, en revanche, présente une forte composante historique (sédimentation) qui n'en permet pas une utilisation aisée : il n'est pas connu des professionnels. Sensibilisés via une charte de « non punition » à la déclaration, les professionnels de l'établissement savent déclarer un évènement indésirable via le logiciel dédié à la gestion QGDR et connaissent l'impact de la cotation. Ils sont informés par messagerie de l'avancement du traitement d'un EI par l'établissement. Ils sont sollicités pour participer au RETEX, dont les éléments sont ensuite transmis au CREX (comité de retour d'expérience), sous commission du Comité de Vigilance et des Risques (COVIRIS). Le praticien de l'unité où est survenu un Evènement Indésirable Grave associé aux Soins (EIGS) est convié lors du CREX le concernant. La déclaration d'EIGS est réalisée par la Direction de la Qualité sur le portail de l'ARS, conformément aux attendus décrits dans la procédure portant sur la gestion des Evènements Indésirables (EI) dans l'établissement. Une organisation est en place concernant l'annonce d'un dommage lié aux soins et les professionnels rencontrés la connaissent, ainsi que les référents. Les synthèses des facteurs contributifs ainsi que les résultats des plans d'actions sont relayés aux équipes mais ne sont pas présentés en CDU. L'établissement a identifié les différentes natures de risques dans un document qui les centralise toutes, ainsi que les modalités de mise en œuvre et le classement de l'établissement en tant 3ème catégorie, et a organisé des exercices dont les RETEX alimentent le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles. L'outil et ses modalités de mise en œuvre sont connus par les professionnels. Des moyens dédiés sont disponibles et leur péremption est vérifiée et tracée. Une cellule éthique a été récemment redéployée, ce que les professionnels identifient. L'établissement adhère à l'Espace Ethique Régional. Il n'y a pas eu, pour l'instant, un état des lieux des questionnements éthiques. En majorité, les professionnels ne se réfèrent pas à des ressources externes en cas de questionnements éthiques.

L'établissement dispose d'un outil de suivi des effectifs théoriques, sur le fondement des maquettes organisationnelles, et des effectifs réels, qui donne lieu à un suivi hebdomadaire entre la DRH et l'encadrement soignant et de rééducation pour prévoir l'effectif requis. En cas de besoin, des professionnels peuvent intervenir sur heures supplémentaires via une plateforme de remplacement, plateforme également accessible à des personnels extérieurs qui sont sollicités pour des contrats précis, une fois que leurs diplômes ont été déposés sur cet outil. Le suivi du taux de personnel temporaire est réalisé grâce aux outils de la plateforme. Le mode dégradé est utilisé en cas d'absence de personnel de rééducation et la diminution de capacitaire, au regard de la démographie médicale. Tout recrutement suppose une vérification des diplômes et, pour les recrutements de professionnels originaires de l'Union Européenne, la maîtrise de la langue française. Les nouveaux arrivants bénéficient de l'envoi de documents en amont de leur arrivée (dont le livret d'accueil du salarié, le plan de l'établissement, un document de présentation du DPI) et disposent de codes d'accès individuels au système d'information, qui sont à leur disposition auprès du standard de l'établissement (y compris pour

les personnels venant en remplacement). Une journée d'accueil des nouveaux arrivants est organisée et les professionnels de rééducation sont doublés plusieurs jours à leur arrivée. L'établissement accompagne les responsables d'équipe médicaux et paramédicaux grâce à des formations en management (École des Cadres, Master, DESS Santé Publique) et à un accompagnement structuré des nouveaux managers est organisé via du tutorat, des réunions régulières et des temps d'échanges entre cadres. L'établissement a recruté une infirmière de pratique avancée en perspective du développement du pôle prévention. En matière de qualité de vie au travail, l'établissement dispose d'une politique qui se décline en 5 axes, travaillée avec les partenaires sociaux et fondée notamment sur le Document Uunique d'Evaluation des Risques Professionnels, qui est mis à jour une fois par an. Il n'a pas été réalisé d'enquête auprès des professionnels sur ce sujet. Les indicateurs de turn over, de taux d'absentéisme, sont suivis par l'établissement. L'établissement dispose d'un service de santé au travail. La vaccination est aisément accessible. De nombreuses actions témoignent d'une recherche de conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle, telles que la présence d'une maison des assistantes maternelles sur le site, ou le forfait mobilité. La qualité de vie au travail s'exprime aussi lors de temps collectifs institutionnels festifs. En matière de lutte contre l'absentéisme, l'établissement réalise des rendez-vous de liaison pour les salariés absents depuis de longs mois. Il existe également une politique Handicap Santé, ainsi qu'un copil Troubles Musculo-Squelettiques et un groupe de professionnels "Sentinelles" qui effectue des formations au bénéfice des professionnels. En matière de lutte contre les risques psycho-sociaux, l'établissement a recensé les besoins et mis en place, avec un support externalisé, un outil d'accompagnement dont l'utilisation fait l'objet d'un suivi. Une fiche de signalement est en place, en interne, et permet d'alerter la DRH et le service de santé au travail en cas de besoin. Un Comité Opérationnel est installé et dispose d'une fiche de missions. Une procédure détaille la gestion d'un phénomène de violence entre professionnels et les cadres mettent en place des actions de suivi des professionnels concernés. La protection des lanceurs d'alerte est prévue par le règlement intérieur du groupe. La sécurisation des professionnels dans leurs lieux d'activité est mise en place et un « bouton noir », qui permet une alerte immédiate en cas d'agression externe, est installé dans chaque service. Les professionnels voient leur expérience valorisée pour diffuser des pratiques de soins au sein de leur équipe.: des projets émergent du personnels et sont écoutés et validés par la direction, par exemple le déploiement de la zoothérapie. Ils sont également, majoritairement, sollicités pour l'aménagement des locaux, notamment dans la perspective du schéma directeur immobilier qui va se déployer dans les années à venir. Le développement des compétences est soutenu par des formations continues, webinaires, entretiens annuels et la participation des professionnels à l'élaboration des protocoles et procédures. Il existe des espaces d'expression de proximité où les professionnels discutent du travail : staff pluri équipe une fois par semaine centré sur le patient et réunions de service régulières. La coordination entre médecins, soignants et rééducateurs est organisée au sein des services et au sein des filières, au moyen de staffs ou de l'agenda patient. Cependant, les équipes ne développent pas de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe.

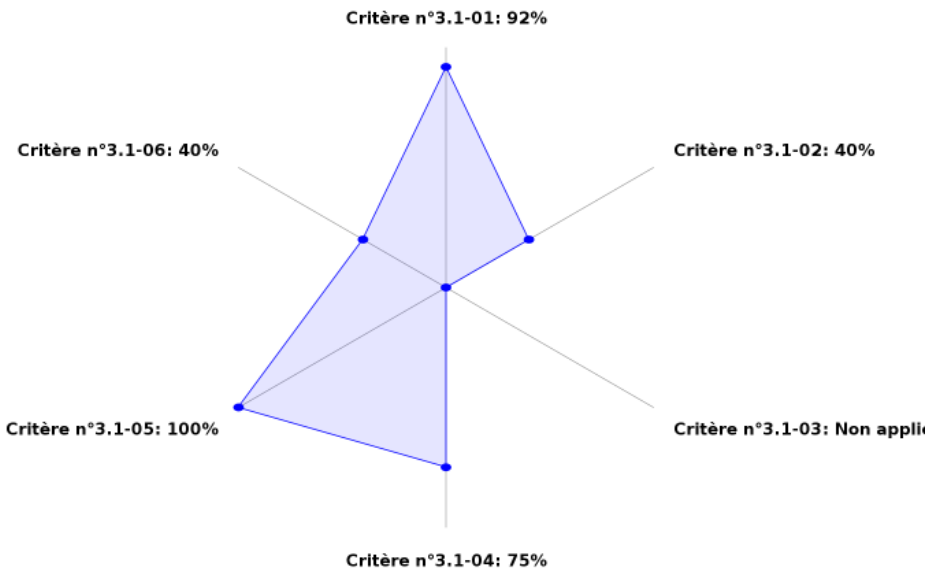
9 filières ont été identifiées par l'établissement concernant ses activités, qui donnent lieu à une politique de conventions diversifiée ainsi qu'à un suivi mensuel d'indicateurs tels que la Durée Moyenne de Séjour, le nombre de journées ou la valeur moyenne de celles-ci. Des rencontres sont organisées, par exemple par la filière gériatrique de territoire dont l'établissement est copilote. Un CREX a été réalisé en présence d'un praticien d'un établissement partenaire. L'établissement, ne disposant pas de centres de référence, a conventionné avec plusieurs centres pour la prise en charge de l'obésité, ou pour les

maladies neuro-dégénératives précoces et a présenté un recueil de données de suivi pour l'orientation des patients vers un Centre Spécialisé en Obésité. En lien avec la filière gériatrique, des protocoles d'orientation sont mise en place. Les critères d'admission dans les services de SMR ont été définis et évalués. Une convention avec un établissement hospitalier voisin prévoit une clause de ré-hospitalisation en cas de dégradation de l'état de santé d'un patient. Dans l'établissement, les disponibilités en lits sont suivies en temps réel et permettent aux responsables médico-administratives de répondre aux demandes de programmation de patients. Il est possible d'inclure une consultation non programmée sur les plannings des praticiens qui consultent. L'établissement, qui accueille des patients de plus de 75 ans, est organisé avec les établissements voisins en cas de besoin en recours. Toutefois, il ne dispose plus de solution de télémédecine avec ces établissements, la solution préexistante ayant été arrêtée. L'établissement est joignable 24/24 et les adresseurs peuvent joindre les praticiens via les secrétariats. La Messagerie Sécurisée en santé est déployée. Il existe une solution de télésurveillance du diabète, déclarée à l'ARS, ainsi qu'un outil de télé-rééducation, et un support pour la télé-imagerie. Ces outils sont particulièrement suivis par un référent en e-santé. Cependant, les actions d'amélioration ne sont pas recensées dans le PAQSS. En matière de politique de formation, l'établissement contribue à l'accueil de nombreux stagiaires en lien avec les besoins du territoire. Il dispose d'une politique de stage et recueille la satisfaction des stagiaires. Des actions d'amélioration pour les stagiaires sont inscrites au PAQSS. L'offre de formation (Formation aux troubles musculo squelettiques) et les programmes d'éducation thérapeutiques sont diffusés dans le territoire. Concernant la recherche clinique, l'établissement a identifié des professionnels susceptibles d'être intéressés. Il est, par ailleurs, inscrit dans un projet transfrontalier d'étude sur la digitalisation des métiers.

L'établissement entretient ses locaux au quotidien, avec des locaux d'activité propres et une traçabilité organisée, et au long cours, avec un plan de maintenance structuré pour le maintien en condition de fonctionnement des 44 000m² du site principal, notamment dans la perspective du Schéma Directeur Immobilier qui vient de débuter et va se déployer dans les années à venir. Les actions relatives à l'entretien biomédical sont déléguées à un prestataire. L'engagement envers les soins écoresponsables et l'action en faveur de la transition écologique est marqué, avec cinq champs d'actions (transports, réfection des bâtiments, gaspillage alimentaire, eau et traitement de l'air, hygiène et produits chimiques). Ces actions sont identifiées par les professionnels qui n'en connaissent toutefois pas les impacts. Les procédures d'achat intègrent la dimension écoresponsable, les déchets sont triés avec un nombre important de filières. L'impact des soins écoresponsables n'a pas été évalué.

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

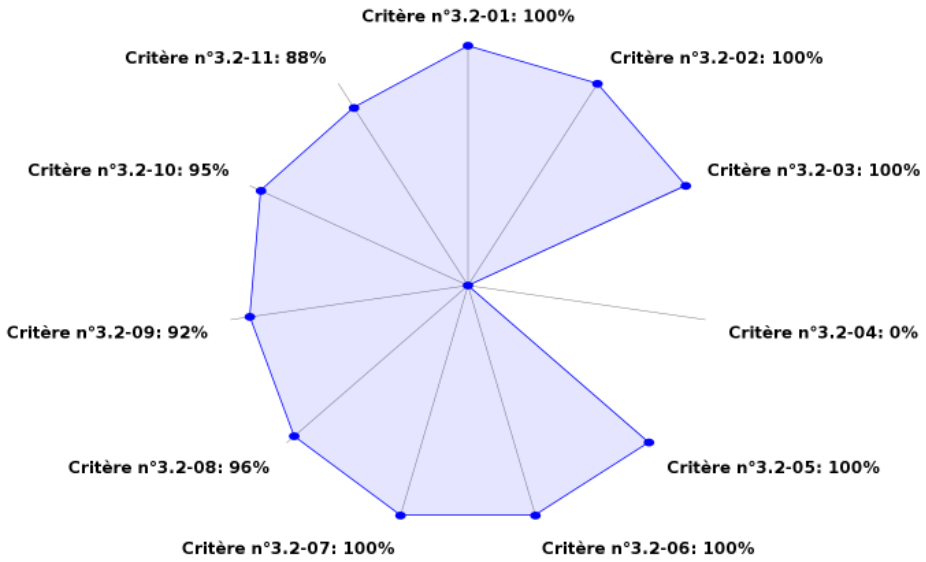
Score de l'objectif **78%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	92%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	40%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	75%
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	40%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **97%**

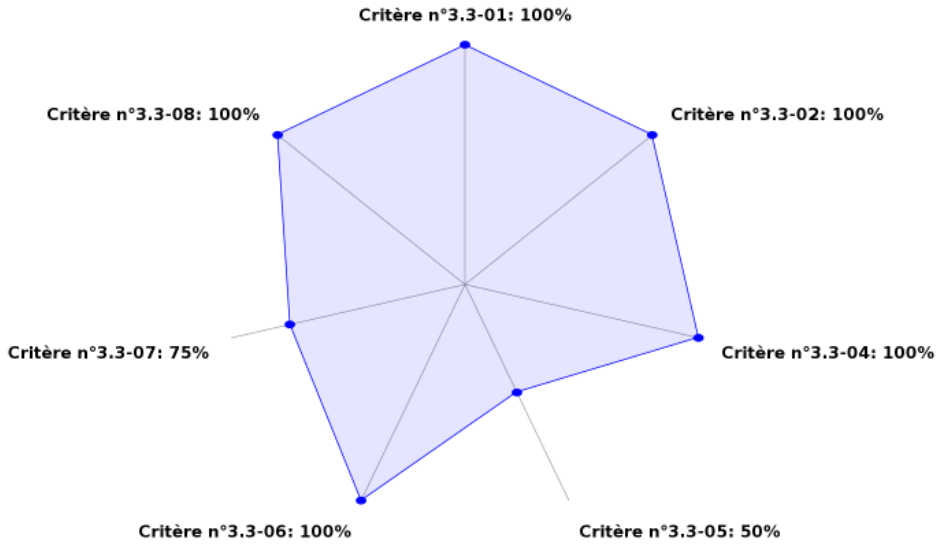


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	0%
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	92%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	95%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	88%

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

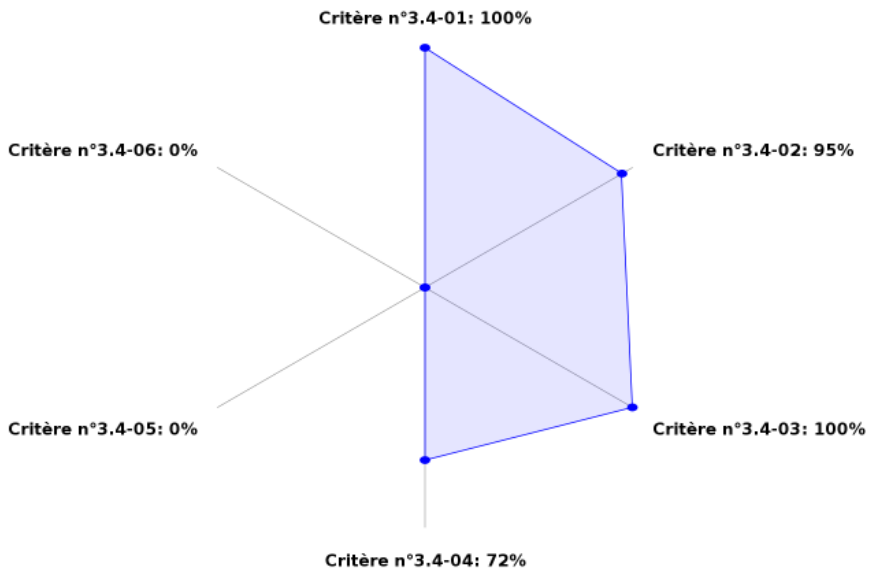
Score de l'objectif **89%**



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	50%
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	75%
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 **73%**



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	72%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%
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	0%

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Septembre 2026