



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 2022

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 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

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

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750814030	FONDATION LA RENAISSANCE SANITAIRE	4 rue Georges Picquart 75017 PARIS FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

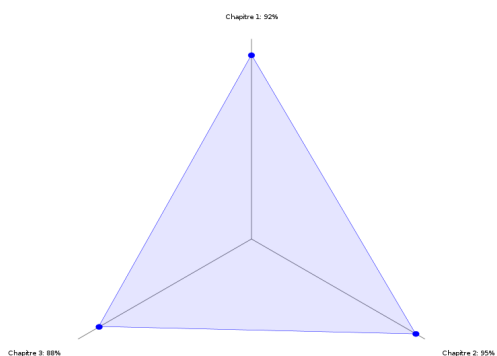
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

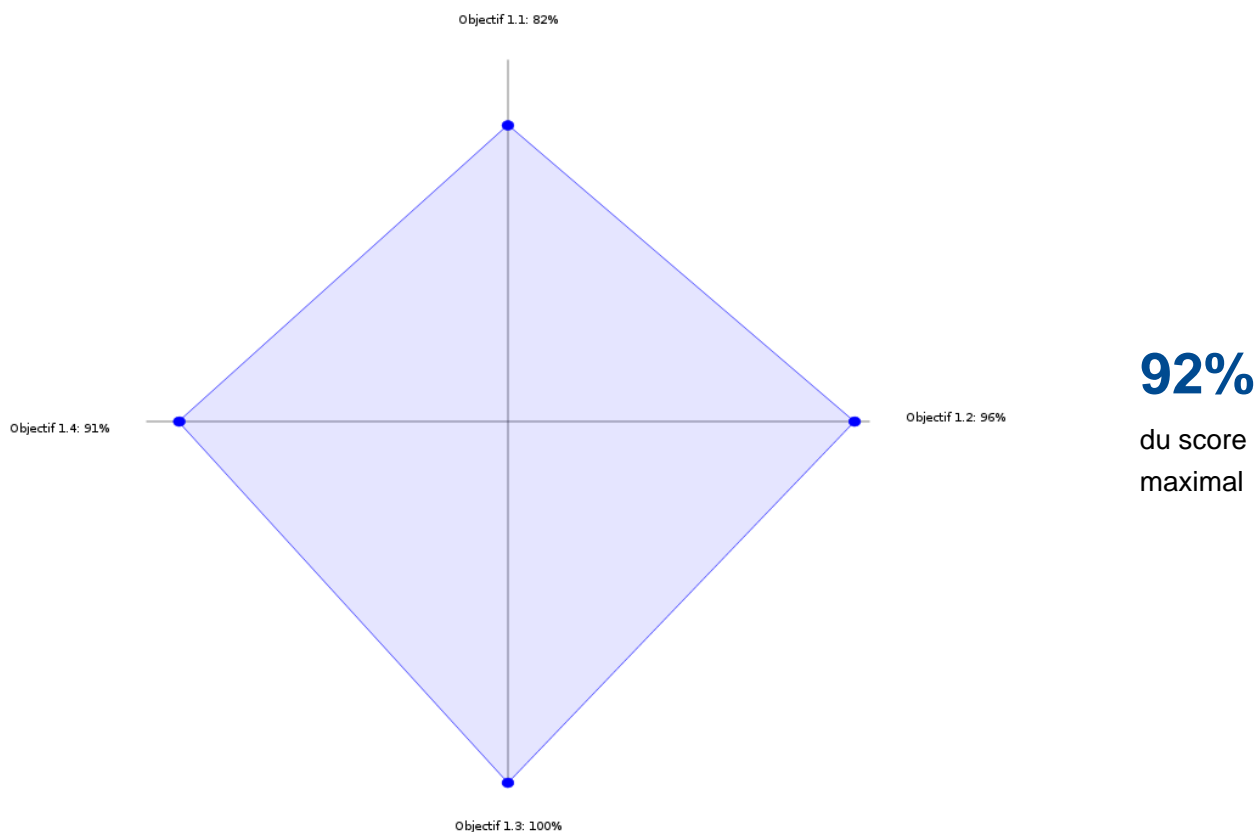
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

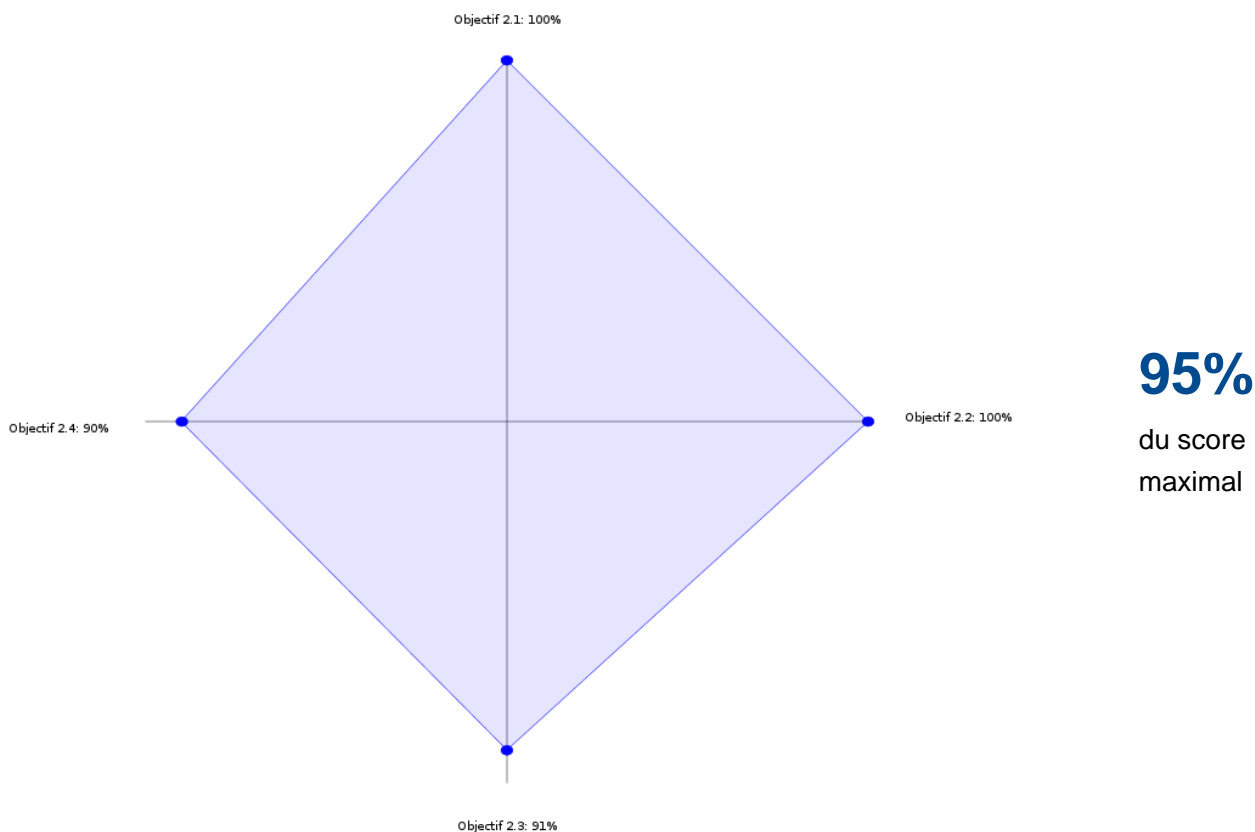


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	82%
1.2	Le patient est respecté.	96%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	91%

Le patient et son entourage bénéficient d'informations de la part des professionnels tout au long de son séjour. Ces informations sont adaptées au profil des différents patients. Des informations sont aussi délivrées par l'intermédiaire du livret d'accueil qui est remis et expliqué aux familles et aux patients. Les différents affichages relatifs aux droits des patients sont en place (RU, CDU, Chartes...). Cependant, malgré les informations diffusées, les patients rencontrés sur les deux sites de Villiers Saint Denis et de Soissons avaient une très faible connaissance des représentants des usagers, de la CDU et de la notion d'EIG (Evènement Indésirable Grave), ainsi que de leurs possibilités de faire part de leur expérience et satisfaction. Les patients en hôpital de jour ne bénéficient pas d'un passeport ambulatoire. Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et de rédiger ses directives anticipées Le consentement, l'engagement et

l'expression du point de vue du patient sont recherchés pour l'ensemble des types de prises en charge et par l'ensemble des professionnels. L'implication du patient dans sa prise en charge est particulièrement recherchée par l'intermédiaire du projet personnalisé de soins. L'engagement du patient est un axe en développement, il est retrouvé dans le cadre de la prise en charge de l'obésité dont le parcours comprend le partage de l'expérience patient (patient expert). Au niveau de l'HDJ de Soissons, les actions d'éducation à la santé sont à développer. Les professionnels sont attentifs au respect de la dignité, l'intimité et la confidentialité relatifs au patient. Néanmoins, dans l'unité de soins palliatifs, les experts-visiteurs ont constaté à plusieurs reprises que l'ensemble ou une grande partie des portes des chambres restaient ouvertes sans que cette situation découle de demandes des patients. Dans l'établissement, les patients bénéficient d'un projet de soins formalisé, construit de façon pluridisciplinaire. Les projets personnalisés prennent en compte les dimensions physiques et psychiques de la pathologie, les attentes et les besoins des patients, l'intégration familiale et l'insertion sociale ; dans le respect de leurs droits. Les différentes réunions quotidiennes et hebdomadaires (réunions pluridisciplinaires, transmissions, visites) permettent l'évaluation et l'adaptation de la prise en charge des patients. Le projet de soins est régulièrement évalué et adapté à l'évolution du patient. L'implication des familles et des proches est recherchée par les équipes. Les patients et leurs familles reçoivent une information claire dans le cas de restriction de liberté. Toutes les mesures restrictives (contention, bracelet anti-fugue..) sont prescrites et font l'objet d'évaluations régulières pluridisciplinaires. La douleur physique est évaluée régulièrement par l'intermédiaire d'échelles connues des différents professionnels concernés. Elle est tracée et le traitement est adapté selon l'évaluation. Cependant en HDJ, dans l'unité de Soissons, si l'évaluation est bien systématiquement réalisée, les professionnels ne peuvent soulager la douleur des patients qu'avec de la physiothérapie et de la cryothérapie. L'unité ne dispose pas d'armoire à pharmacie et ne peut donc proposer un traitement antalgique rapide et efficace. En cas de nécessité, le patient repart avec une prescription qu'il fait honorer auprès d'une officine de ville après son passage en HDJ. Les équipes ne peuvent donc pas non plus s'assurer du soulagement éventuel des douleurs. L'établissement est adapté à la prise en charge des handicaps. Les professionnels ont bénéficié de formations à la bientraitance et à la communication. Une charte de bientraitance est diffusée auprès des professionnels. La sortie des patients est préparée avec la famille, les services d'aval et professionnels libéraux concernés. La coordination de la sortie est favorisée par les partenariats d'aval existants, l'hôpital de jour, et l'action du service social. Il existe une coordination avec le territoire lorsque cela est nécessaire. Une check-list de sortie est en place. La majorité des patients bénéficient d'une lettre de sortie qui intègre une synthèse de la prise en charge dans l'établissement et des différents éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge. Le score de l'IQSS était de C ; l'établissement a mis en place des actions d'amélioration. Un audit interne relatif à la lettre de liaison à la sortie a permis d'objectiver une augmentation de l'indicateur à 76% en décembre 2021.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



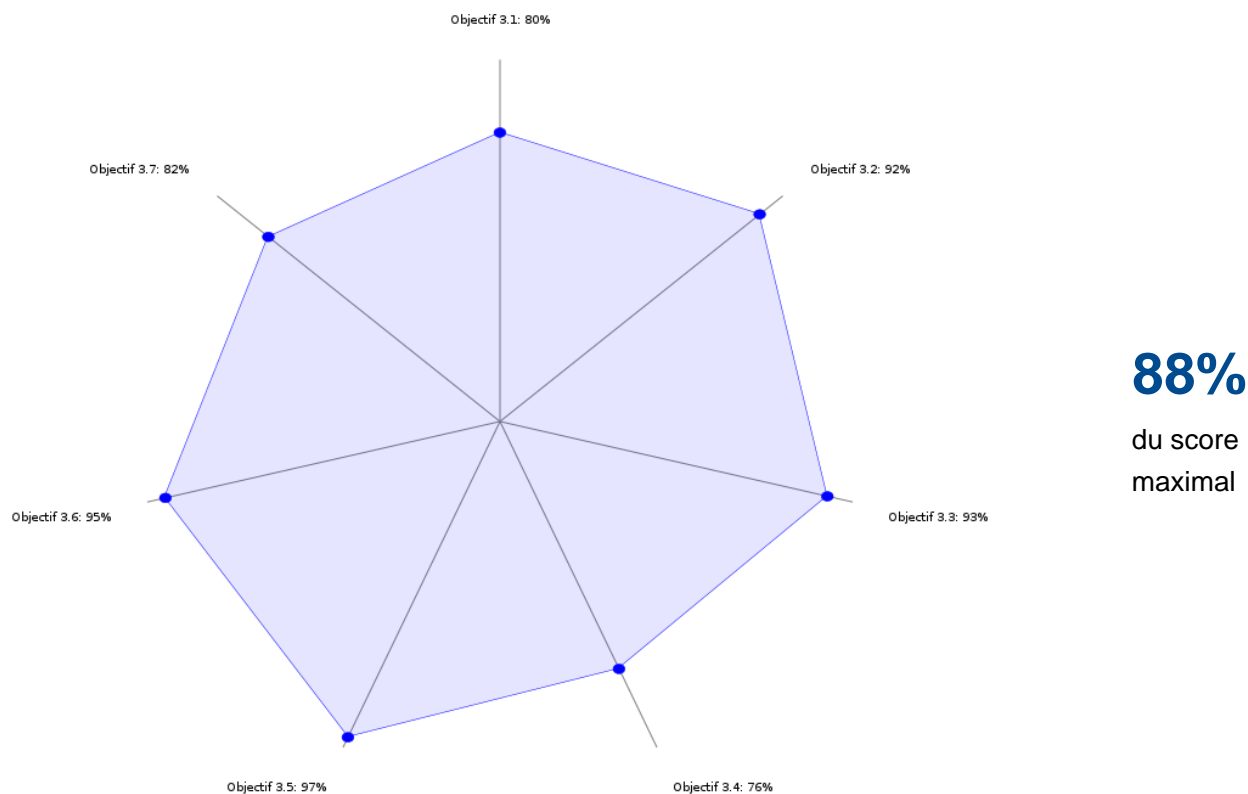
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	91%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	90%

L'ensemble des patients accueillis dans l'établissement bénéficient de prises en charge coordonnées et organisées en fonction de leurs pathologies et leurs besoins. Les différents parcours (HDJ, HC) ne sont pas spécifiquement formalisés. Ils sont cependant organisés depuis la commission d'admission jusqu'à à la sortie. Des plannings hebdomadaires sont en place pour les activités de rééducation et de soins Toutes les entrées sont programmées donc anticipées, l'accueil du patient est défini, le projet du patient est personnalisé et formalisé avec bilan d'entrée, réévalué régulièrement lors du séjour. Les équipes sont attentives aux modalités de prise en charge des patients en fonction de leurs besoins. L'évaluation est réalisée à l'admission pour tous les patients et leurs besoins sont réévalués régulièrement. L'évaluation de la douleur est effective et retrouvée dans les dossiers des patients. Il existe des réunions pluridisciplinaires régulières dans les différents services,

associant les différents professionnels. Les décisions collégiales sont argumentées et tracées dans le dossier. La recherche de la pertinence de l'hospitalisation est organisée, réalisée et tracée en synthèses pluridisciplinaires à intervalles identifiés pour les différents types de prise en charge. La continuité des prises en charge est assurée : tableaux de service, liste d'astreintes, tenue du dossier patient. Les protocoles médicaux et de soins sont formalisés et actualisés en référence aux recommandations de bonnes pratiques. L'ensemble des protocoles médicaux et de soins sont diffusés par l'intermédiaire d'un logiciel de GED. L'identification du patient est assurée tout au long de sa prise en charge (bracelet d'identification). Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les bonnes pratiques d'identitovigilance. Le circuit clinique et logistique du médicament est organisé et connu des professionnels. Il a été constaté le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments. La dispensation est nominative globale. Le rangement des médicaments est organisé. Ils sont stockés dans des armoires sécurisées dans les postes de soins. Ils sont classés par ordre alphabétique dans des tiroirs qui contiennent chacun 3 compartiments successifs. Chaque compartiment contient un type de médicament différent. Ce type de rangement peut générer un certain nombre de erreurs, en particulier pour les médicaments à risque : cueillette dans le mauvais compartiment, passage d'un médicament dans un compartiment qui n'est pas le sien (constaté en visite), erreur de dosage quand deux dosages de la même molécule sont rangés dans le même tiroir. Cette problématique est retrouvée dans l'ensemble des services en hospitalisation complète. La liste des médicaments à risque est affichée dans toutes les armoires de médicaments. Tous les professionnels concernés n'ont pas bénéficié de formations spécifiques relatives aux médicaments à risque sur les 3 dernières années (60% des professionnels formés). L'analyse pharmaceutique est réalisée. Les prescriptions d'antibiotiques sont réévaluées. La conciliation médicamenteuse est effective. La tenue du dossier du patient est effective dans l'ensemble des services. Sa complétude et accessibilité sont à noter. Les outils de traçabilité du parcours sont informatisés et permettent à chaque acteur de soin d'écrire leurs observations, informations et éléments cliniques. L'ensemble des professionnels alimentent le dossier régulièrement et en temps utile. L'établissement réalise peu de transfusion (1 réalisée pour les 4 premiers mois en 2022). La décision de transfusion fait l'objet d'une réflexion en staff pluridisciplinaire pour en mesurer le bénéfice risque chez des patients en soins palliatifs. Des check-lists existent afin de sécuriser l'acte de transfusion. Les modalités de surveillance sont connues mais il n'existe pas de protocole en cas d'OAP, TRALI et TACO. La transfusion est toujours réalisée sur le temps de présence médicale (pas de transfusion en urgence, ni de nuit). La sortie est organisée, en lien avec les structures et professionnels concernés, en prenant en compte les choix faits avec le patient, les résultats des visites à domicile réalisées par les ergothérapeutes. Des informations spécifiques en regard de la situation personnelle du patient sont dispensées notamment au niveau social. Un accompagnement social est mis en place si nécessaire après la sortie. La maîtrise du risque infectieux est réalisée par l'intermédiaire de l'EOH (un praticien hygiéniste et une IDE hygiéniste). En cas de besoin, l'établissement peut solliciter un praticien hygiéniste de l'interCLIN Les professionnels connaissent les règles d'hygiène. Des protocoles d'hygiène sont formalisés. Les équipes sont formées aux pratiques de précautions standards et complémentaires en hygiène. Les personnels soignants participent à des audits (SHA, hygiène des mains, précautions standards, précautions complémentaires..). Le circuit des déchets est conforme. Les professionnels connaissent leurs statuts vaccinaux. Le transport intra-hospitalier est réalisé dans l'établissement pour amener les patients vers les plateaux techniques des différents pavillons et vers le service de radiologie . Les professionnels en charge de ces transports connaissent et appliquent les règles de sécurité, d'hygiène, de dignité et de confidentialité. Une organisation est en place pour répondre à l'urgence vitale jour et nuit. Les professionnels connaissent l'organisation du recours médical lors des urgences (vitales et non vitales). Cette organisation dispose d'un numéro unique dédié via un bouton poussoir d'urgence présent dans chaque poste de soins et aussi dans différents emplacements de chaque service. Les chariots et le sac d'urgence sont organisés sur l'ensemble des services et bénéficient d'un contrôle régulier formalisé. Les professionnels connaissent la procédure d'urgence et la localisation des chariots et des poussoirs d'alerte. Les différentes vigilances sont structurées. Les professionnels connaissent les référents des vigilances sanitaires et pour l'identitovigilance . Il existe une veille

règlementaire réalisée par la Fondation. La direction de l'ES assure aussi une veille règlementaire. Les équipes déclarent les EI. La gestion des EI est réalisée par l'intermédiaire d'une FEI sur support informatique via un logiciel dédié. Les EI sont suivis par la RAQ. Les FEI sont analysées de façon hebdomadaire par la commission « CREX ». Si un événement est identifié comme grave (EIG) un CREX/RETEX est mis en place pour analyse et identification des causes racines. Les professionnels ont une connaissance partielle de la politique qualité de l'ES, du PAQSS et des actions d'amélioration en cours. Des actions correctrices sont menées en regard des indicateurs recueillis, en particulier pour l'indicateur relatif à la lettre de sortie. Le recueil et la mise en œuvre de l'expertise patient dans les prises en charge n'est pas encore totalement organisée pour l'ensemble des services. Elle est retrouvée via les programmes d'ETP autorisés. Les équipes évaluent leurs pratiques avec de nombreux audits, des EPP (nutrition, pertinences des hospitalisations, prise en charge des personnes âgées) sont réalisées.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	80%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	93%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	76%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	97%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	82%

Les différents champs d'expertise de l'établissement sont clairement identifiés par les adresseurs et partenaires. L'établissement a développé différentes filières de prises en charge : orthopédie, neurologie, vasculaires- amputation- appareillage, nutrition-diabète- obésité , affections respiratoires, gériatrie, soins palliatifs, 3 programmes d'ETP, médecine du sport- sport et santé. Il propose différents types d'hospitalisation :

hospitalisation à temps complet (HC) sur le site de Villiers Saint Denis , hospitalisation de jour (HDJ) sur les sites de Soissons et Villiers Saint Denis. L'établissement participe au Projet territorial de Santé. La coordination territoriale est développée. L'établissement est un acteur important sur son territoire au travers d'activités multiples en plus de son activité hospitalière de Soins de Suite et de Réadaptation : Centre d'appareillage, Equipe Mobile SSR, centre de santé, consultations externes dont consultation mémoire, 3 programmes d'ETP, télémedecine/téléadaptation, Accueil de jour Alzheimer, équipe spécialisée en Ehpad De nombreux partenariats (locaux, départementaux, régionaux) et interfaces avec la ville sont en place (CH de Château Thierry, CH de Meaux, CH de Coulommiers, CH de Soissons, CHR de Reims, CH de Marne La Vallée, Groupe hospitalier Lariboisière- Fernand Vidal, Pitié-Salpêtrière, Bichat Claude Bernard, CPTS, professionnels libéraux ...). L'établissement a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec les territoires et secteurs de santé concernés par ses spécificités. Il assure le suivi de la réalisation des actions issues de ces orientations. Il n'a pas finalisé la formalisation de son projet d'établissement. L'établissement a fait le choix d'un management par la qualité. La démarche qualité a été développée sur la base d'une volonté forte du management et de la fondation, qui est retrouvée dans les différents volets des orientations stratégiques et de la politique qualité et gestion des risques. La déclinaison opérationnelle est assurée par la responsable qualité, des médecins des services et les cadres de soins. La politique qualité a été établie à partir d'un état des lieux, des résultats d'analyses de risques a priori et a posteriori, des résultats de la dernière certification, des orientations stratégiques, de la réglementation et en regard du projet territorial de santé. La politique qualité est présentée à la CDU, en CME, en réunion cadres de santé et rééducation et en CSE. L'implication des professionnels dans la déclaration des EI est effective. Le PAQSS couvre l'ensemble des activités et des secteurs de l'établissement et intègre dans sa mise à jour du 9 mai 2022 le plan d'amélioration de la CDU. Il est régulièrement actualisé. La démarche Qualité est structurée et portée par la gouvernance (politique, instances, et PAQSS). Par contre l'appropriation par les équipes reste insuffisante : peu de participation aux analyses approfondies et à la construction du PAQSS. Il est peu connu par les professionnels. Les risques potentiellement générés sont : implication insuffisante des professionnels, mise en œuvre insuffisante des actions, retard dans la mise action des améliorations. La prise de connaissance de cette anomalie par l'établissement est partielle et récente. Les dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie sont : une politique structurée élaborée par les instances qui se réunissent et suivent le PAQSS ; l'accès possible des professionnels aux informations relatives à la démarche qualité et au PAQSS via la GED. Une cartographie des risques est réalisée et mise à jour. La diffusion aux équipes des informations, des comptes rendus est réalisée via le logiciel dédié à la GED. Un suivi de différents indicateurs est réalisé : ICSHA, vaccinations, questionnaires de satisfaction, consommation des ATB, tenue du dossier patient, DASRI, CREX, EI.... La Gouvernance organise la diffusion des différentes recommandations vers l'ensemble des professionnels et des équipes. Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués partiellement par la gouvernance, notamment du point de vue du patient. Le taux de recueil de la satisfaction par e-satis n'est pas satisfaisant. L'établissement recueille l'évaluation de la satisfaction des patients régulièrement par l'intermédiaire de questionnaires. L'établissement favorise l'engagement et l'implication des patients et des familles par l'intermédiaires des projets de soins, les questionnaires de satisfaction et de réunions de synthèses si besoin. L'établissement veille à la bienveillance par la diffusion aux professionnels d'une charte. Des formations en lien avec la thématique ont été réalisées. L'établissement est organisé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles : plan blanc , cellule de crise, , stock suffisant de DM et de produits de santé. Dans l' HDJ Soissons ,il a été constaté que les professionnels du service ne connaissaient pas les modalités d'alerte, ni la mise en œuvre du plan blanc ; ces professionnels pouvant être appelé en renfort dans ce type de situation. Cette observation a été répétée lors de la rencontre de l'équipe de soins palliatifs sur le site de Villiers Saint Denis pour les professionnels dont l'encadrement médico-soignant du service n'a pas fait par ailleurs le lien entre la pandémie COVID et le plan blanc. Cette constatation ne génère pas de risque immédiat ou vital pour les patients. En cas d'activation du plan blanc, il existe un risque de mauvaise compréhension par les professionnels en cas d'activation du Plan blanc L'établissement n'avait pas identifié l'existence de cette anomalie. Cependant, l'établissement avait

identifié, début 2022, l'existence d'un décalage entre les organisations en place sur les risques sanitaires et leurs appropriations par les professionnels Un plan d'action pour mettre en place des formations et sensibilisations des professionnels sur les situations sanitaires exceptionnelles est inscrit dans le dernier PAQSS et sera mis en oeuvre en septembre 2022. Les dispositifs de maîtrise sont existants = le document existe et est accessible sur la base documentaire informatisée, les membres de la cellule de crise maîtrisent cette démarche, l'établissement a l'expérience de la pandémie . La gestion des urgences est effective. Le système d'information est sécurisé et une solution dégradée est organisée. La mise en place d'une messagerie sécurisée est en projet mais pas encore concrétisée Le leadership soutient le travail en équipe au travers d'actions et de dispositifs partagés avec les équipes. Les organisations en place favorisent le travail en équipe et les échanges interprofessionnels. Les ressources humaines sont, malgré la problématique de la pandémie, gérées de façon à permettre la qualité des prises en charge et à assurer la sécurité des soins. L'adaptation des effectifs à la charge de travail est recherchée. Des moyens sont mis en place pour maintenir les effectifs en cas d'absentéisme. Le nouvel arrivant bénéficie d'un tutorat et d'une ou 2 journées d'intégration. Des temps collectifs sont organisés entre l'encadrement et les professionnels des équipes de jour et de nuit. Un recours à une psychologue extérieur est possible. Le travail en équipe est une réalité au sein des équipes rencontrées. Les équipes de jour et de nuit sont régulièrement rencontrées par l'encadrement. L'encadrement de nuit bénéficie d'un positionnement horaire spécifique (18h/01H) qui lui permet de favoriser la communication et la liaison entre les équipes de jour et de nuit. Cependant, il n'existe pas de démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe en place de type programme PACTE. L'organisation au travail, incluant la qualité de vie (QVT) est un des objectifs principaux inscrit dans les axes stratégiques d'établissement. La politique QVT est effective au niveau de l'établissement. Elle est fondée notamment sur des enquêtes auprès des salariés. Elle est déclinée dans un plan d'action suivi en CSE. La gouvernance, a mis en place une démarche de développement durable ; tri des déchets, suivi des consommations énergétiques et d'eau, parc automobile électrique, isolation des bâtiments, primes pour l'utilisation d'alternatives à la voiture (vélo, co-voiturage)..... Une politique de formation continue pour tous les professionnels est en place. Elle vient d'être réactivée, ayant été mise en retrait depuis 2019 du fait de la Covid. La CDU se réunit régulièrement. La CDU propose ses actions d'amélioration qui sont prises en compte. Les RU sont impliqués dans la vie de l'établissement. Ils sont associés aux CREX et leurs analyses. Néanmoins, Les équipes ne connaissent pas les recommandations établies par la commission des usagers qui ne sont pas encore intégrées au PAQSS. L'évaluation de la culture qualité dans l'établissement n'est pas développée. A ce jour, une démarche structurée mobilisant l'expertise des patients n'est pas encore effective. Les patients ne sont pas sollicités encore dans le cadre des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques. Une réflexion est en cours sur cette thématique, en particulier en regard des programmes d'ETP. L'établissement a développé des actions relatives à la recherche clinique (télésurveillance diabète ...) et en organisation de soins (Equipe mobile Gériatrie Réadaptation). »

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	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

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	303
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	25
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
3	Audit système	Engagement patient		
4	Audit système	Coordination territoriale		
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque PO et injectable
6	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		Gestion des EIG
7	Audit système	Dynamique d'amélioration		
8	Audit système	Représentants des usagers		
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
12	Audit système	Maitrise des risques		
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		SSR plateau technique + Radiologie
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
			Tout l'établissement Patient en situation de handicap	

21	Patient traceur		Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Programmé	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		ATB per os ou injectable

27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Programmé	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Audit système	Entretien Professionnel		
33	Audit système	Leadership		
34	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des PSL
35	Audit système	QVT & Travail en équipe		
36	Parcours traceur			
			Tout l'établissement	

37	Patient traceur		Patient âgé Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
38	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

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

