



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER LE QUESNOY

90 rue du 8 mai 1945
Bp 20061
59530 Le Quesnoy



Validé par la HAS en Juillet 2026

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



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	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	20
Chapitre 2 : Les équipes de soins	21
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	21
Synthèse du chapitre 2	22
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	25
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	26
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	28
Chapitre 3 : L'établissement	29
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	29
Synthèse du chapitre 3	30
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	34
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	35
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	37
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	38

Préambule

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

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

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

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

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER LE QUESNOY	
Adresse	90 rue du 8 mai 1945 Bp 20061 59530 Le Quesnoy FRANCE
Département / Région	Nord / Hauts-de-France
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	590781670	CENTRE HOSPITALIER LE QUESNOY	90 rue du 8 mai 1945 Bp 20061 59530 Le Quesnoy FRANCE
Établissement principal	590000477	CENTRE HOSPITALIER LE QUESNOY	90 rue du 8 mai 1945 Bp 20061 59530 Le Quesnoy FRANCE
Établissement géographique	590804662	USLD - CH LE QUESNOY	90 rue du 8 mai 1945 Bp 20061 59530 Le Quesnoy FRANCE

Les critères évalués

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

Secteur d'activité
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation

Population
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **8** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **4** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **9** 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
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **12** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

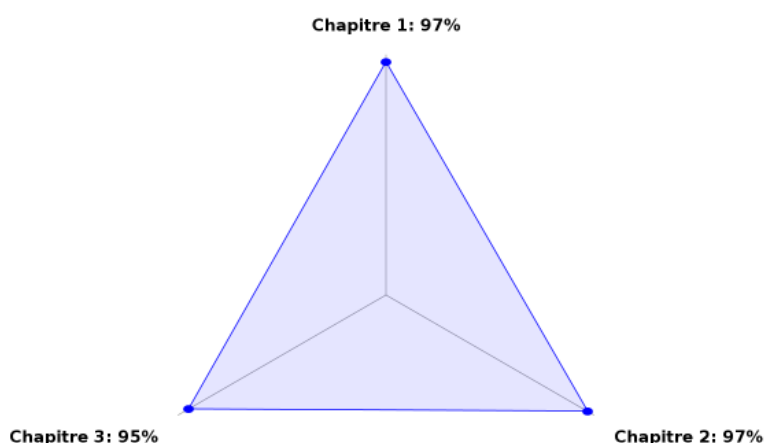
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

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



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	97%
Chapitre 2	Les équipes de soins	97%
Chapitre 3	L'établissement	95%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

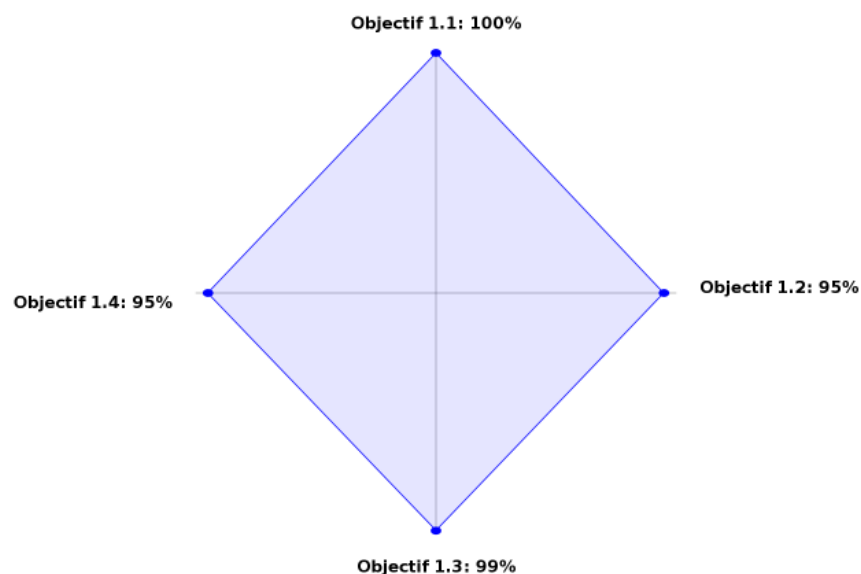
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge 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	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	83%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
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	25%
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 **97%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	100%
1.2	L'information du patient	95%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	99%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	95%

Synthèse du chapitre 1

Dans l'ensemble des prises en charge, une attention particulière est systématiquement portée au respect de l'intimité et de la dignité. Les portes sont fermées, l'environnement et les équipements adaptés, les comportements et attitudes appropriés (aide au soin avec la mise en place de la « musique au cœur des soins »). Pour le jeune mineur accueilli en soins non programmés, un accompagnement adapté favorisant l'entière présence des parents est mis en place, les infirmiers (IDE) ont bénéficié de formations à la prise en charge pédiatrique (urgences, gypsothérapie et orthopédie). Les équipes ont le souci de préserver la confidentialité des données (les écrans sont verrouillés, des lignes de confidentialité sont mises en place aux accueils, les risques liés aux connexions illégitimes sont rappelés dans le livret d'accueil des nouveaux arrivants et par note de service, une lettre qualité spécifique « droits des patients » a été diffusée. Concernant les directives anticipées, elles sont ajoutées après scannage. On retrouve un document d'aide à la rédaction dans les procédures institutionnelles ainsi qu'un formulaire simplifié, le pictogramme apparaît dans le bandeau commun du dossier patient informatisé (DPI), un psychologue est proposé. Un gros effort de sensibilisation a été mené par affichage, dans le hall du centre hospitalier lors d'une journée dédiée et auprès des médecins de ville incitant à leur rédaction en amont et intégration au dossier médical partagé (DMP). L'anticipation et le soulagement de la douleur sont proposés par des moyens adaptés et de nombreuses alternatives non médicamenteuses, telles que les patchs chauds ou froids, l'aromathérapie, l'hypnose, l'écoute active, les changements de positions, les soins esthétiques, les coussins de positionnement, sont utilisées. Dans le cadre de la démarche Humanitude en place depuis plus de 10 ans au cœur des soins et de l'approche de la personne âgée, les équipes sont engagées et ont identifié les risques d'atteinte à la bientraitance. Les comportements observés et les organisations montrent une grande bienveillance, une réponse rapide aux sollicitations et une recherche de l'implication du patient même en situation de tension (l'autonomie des patients est préservée et encouragée, utilisation de l'échelle KATZ, entraide entre secteurs en cas d'augmentation de la charge de travail). Les professionnels soignants et administratifs sont formés au repérage et appliquent les conduites à tenir pour détecter, signaler et prendre en charge les situations de maltraitance externe à l'appui des recommandations de bonnes pratiques (grilles d'aide). Il existe un protocole d'accueil et d'accompagnement, une convention entre le Centre Hospitalier le Parquet d'Avesnes sur Helpe et la gendarmerie qui permet le déplacement des forces de l'ordre dans un « espace de la parole » aménagé en cas de souhait de porter plainte pour les victimes de violences, en particulier sexuelles ou intrafamiliales. Une recherche textuelle dans les transmissions sur la base de mots clés (maltraitance, répit de l'aidant) permet le repérage des situations à risques et l'alimentation du PMSI. Les résultats sont présentés aux instances. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier respectant les délais en proposant deux formulaires (patient et ayant-droit) accessibles par mail ou sur leur site, un accompagnement médical est proposé. Les décès sont recensés et font l'objet d'une prise en charge adaptée par des professionnels formés, les conduites à tenir, la procédure de transport à la chambre mortuaire et l'accompagnement des familles sont connues et respectées, un flyer retraçant les démarches et les phases du deuil est remis aux familles.

Une vigilance apportée aux informations délivrées aux patients et à leurs proches tant en amont qu'au cours des prises en charge dans le respect de leurs droits a été mise en évidence, les obligations des patients ou proches sont affichées dans la majorité des services et depuis la visite, cela a été finalisé.

Les professionnels sont identifiés, l'ensemble des éléments délivré est généralement tracé dans le dossier. Quant aux informations concernant les diagnostics, états de santé, traitements, soins, bénéfices-risques, sont tracées et partagées avec le patient. L'alimentation du DMP est communiquée ainsi que la survenue d'un évènement indésirable associé aux soins (diffusion de la vidéo HAS). La sortie est anticipée par l'ensemble de l'équipe avec le patient, un livret de « l'après stage » imagé est remis à l'issue des 4 semaines, il est composé de diverses fiches sur les activités à maintenir à domicile. Une lettre de sortie reprenant l'ensemble des éléments et consignes est transmise au patient et au médecin traitant. Les coordonnées des représentants des usagers sont disponibles dans les halls d'accueil, à l'entrée des services (flyers, affichage), dans les chambres des patients et dans le livret d'accueil. Cependant peu d'usagers intègrent ces éléments. Les associations de patients et de bénévoles sont présentes et associées selon les parcours.

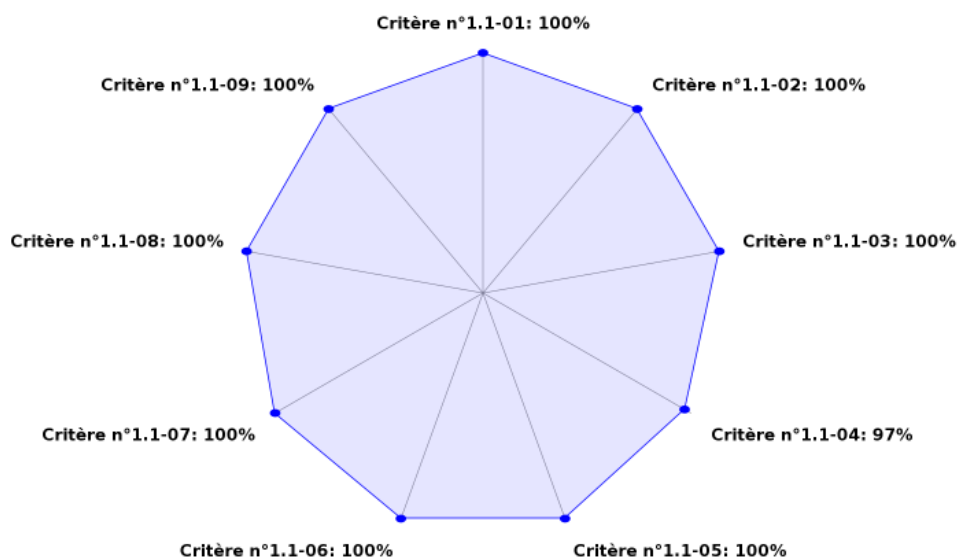
Dans la recherche de l'alliance thérapeutique, le projet de soins personnalisé est construit avec l'équipe pluridisciplinaire en concertation avec le patient dès l'admission en respectant ses choix puis réévalué. La réflexion bénéfices-risques et le consentement libre et éclairé sont partagés et tracés dans le DPI. Les patients savent qu'ils peuvent désigner une personne de confiance et en connaissent leur rôle, sa traçabilité est effective bien que la signature ne soit pas tracée systématique. L'établissement a réagi en post-visite en prévoyant un audit en 2026 avec, comme objectif de vérifier la conformité d'utilisation de la nouvelle fiche de traçabilité. Si des écarts sont constatés, un plan d'action sera défini. Les patients bénéficient d'informations, d'actions éducatives, de formations adaptées qui prennent en compte leur expérience et favorisent leur implication dans leur prise en soin, une offre de programme d'éducation thérapeutique (ETP) adaptée est proposée. Tous les acteurs sont engagés dans le projet de soins du patient et permettent par les activités proposées de développer et préserver son autonomie afin de maintenir l'endurance développée au cours du stage. A la sortie, une prescription de séances de sport et de kinésithérapie est effectuée, le relai étant assuré par des associations sportives. Une consultation est programmée annuellement avec un suivi spécialisé en cardiologie ou pneumologie si besoin. Un carnet d'accueil spécifique « FALC » composé de fiches thématiques imagées décrivant les situations de soins accompagne les patients porteurs de handicap. Un pictogramme est proposé aux personnes présentant un handicap visuel, des boucles auditives sont aménagées dans chaque accueil. L'ensemble des patients de l'établissement bénéficie d'une prise en charge globale socio-environnementale. Les situations de précarité sont traitées rapidement en équipe avec l'assistante sociale. L'autonomie du patient âgé est évaluée dans les synthèses médicales et paramédicales d'entrée. Depuis 6 mois, un programme de prise en charge ambulatoire de la prévention des chutes chez le sujet âgé (ACROBATE) a été conceptualisé associant activité physique adaptée, alimentation, prévention de l'ostéoporose, ateliers de relevage du sol, informations sur les traitements médicamenteux. En soins de longue durée, des programmes d'activités sont proposés associant les familles et incluant les écoles ou associations (ateliers, concours, goûter, jeux de société, sortie au marché ...). On retrouve des messages de prévention ciblés concernant la vaccination, le tabac, l'alcool... L'implication des proches et des aidants est recherchée, ils participent aux actions d'éducation thérapeutique, les horaires de visite sont adaptés. Des salons des familles sont disponibles dans chaque secteur.

La plupart des patients connaissent le questionnaire de satisfaction remis à la sortie ou rempli avec les familles. Des enquêtes ponctuelles ont également été menées en imagerie et en consultation spécialisée ainsi que des questionnaires spécifiques sont soumis aux participants des programmes

ETP. Une enquête sur les droits des patients est en cours menée par le groupement hospitalier du territoire (GHT). Malgré les informations diffusées par les professionnels, dans les chambres et dans le livret d'accueil, les canaux de déclaration d'un événement indésirable, le rôle des RU et le recours possible à la médiation sont peu acquis par les patients. De même, les indicateurs qualité ne sont pas affichés à la seconde entrée du bâtiment principal permettant l'accès à l'unité des soins non programmés (macaron certification et résultats IQSS). L'établissement soutient la participation des patients au dispositif e-Satis. Les résultats des évaluations de la satisfaction et de l'expérience des patients, déclinés par unité sont partagés semestriellement avec les équipes de soins, présentés en instances et aux représentants des usagers (résultats et verbatim e-Satis, autres dispositifs internes). Des actions d'améliorations sont mises en place en regard. Les résultats des soins évalués par les patients (PROMs) sont déployés en réadaptation respiratoire (Vécu 11 et DUKE) et en cardiologie. Depuis 2010, 3 patients partenaires (PREMs) interviennent sur les programmes d'éducation thérapeutique (COMETE), dans des ateliers cuisine, en rééducation cardiologie. Des patients sont sollicités pour des appels à projets (démarche Alzheimer Friendly en 2025). Les Représentants des Usagers sont très impliqués et reconnus dans les instances institutionnelles et groupes de travail, ils ont participé à la rédaction du projet d'établissement. Ils sont informés des plaintes, réclamations (participation aux analyses et médiations), EI, IQSS. Le projet des usagers est écrit et diffusé. Ils organisent des rencontres avec les équipes, les patients et les aidants (à la demande de l'encadrement, label Hospitalité, café éthique) et proposent des temps d'information. Ils sont forces de proposition (aménagement des espaces patients désorientés, identification des agents d'accueil...).

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

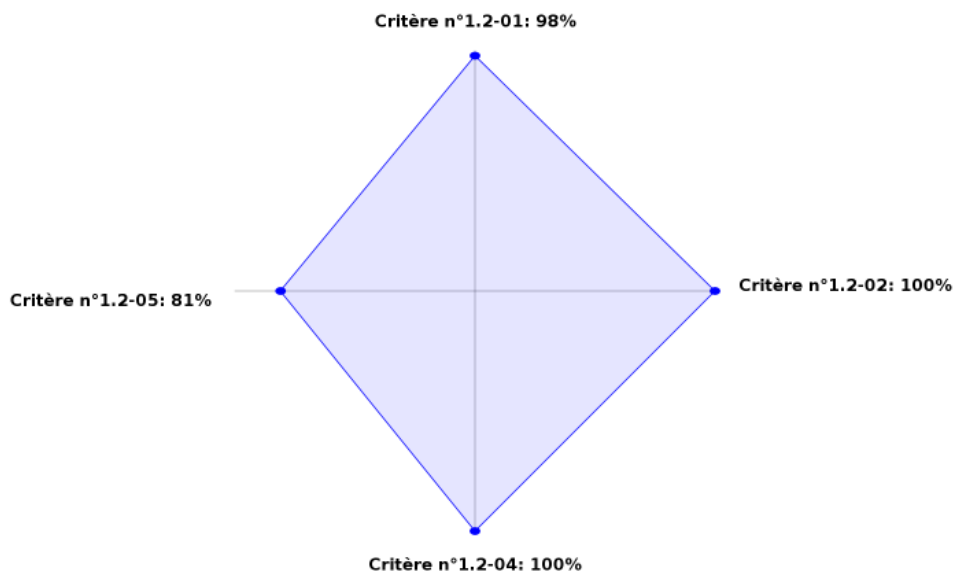
Score de l'objectif **100%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	97%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

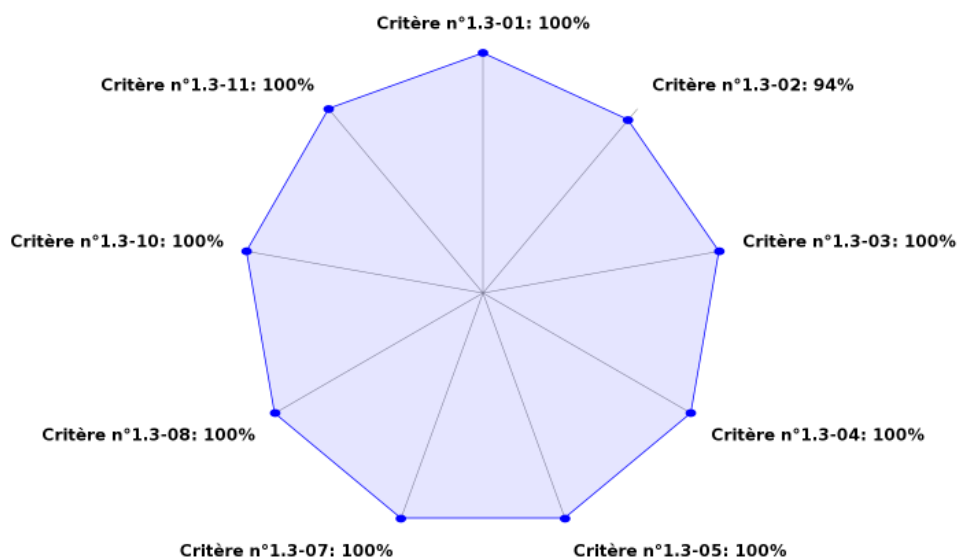
Score de l'objectif **95%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	98%
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	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	81%

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

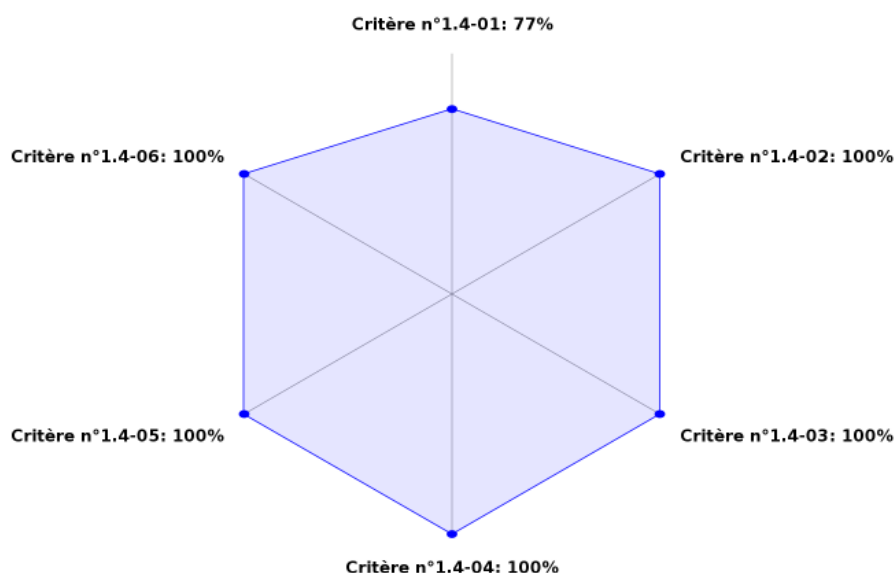
Score de l'objectif **99%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	94%
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%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **95%**

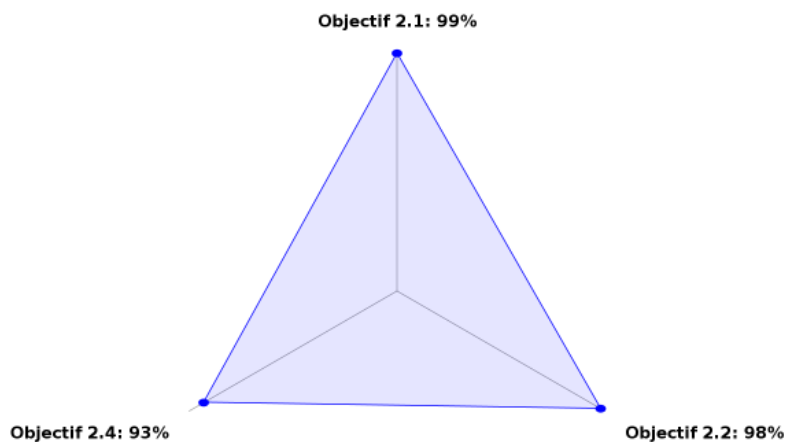


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	77%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	100%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **97%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	99%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	98%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	93%

Synthèse du chapitre 2

Il a été constaté une coordination pluri professionnelle et pluridisciplinaire des équipes effective de la consultation jusqu'aux secteurs d'hospitalisation (fiche navette pour une hospitalisation programmée). Les comptes rendus sont versés au DMP et les transmissions de prise en charge sont tracées dans les documents de liaison présents dans le DPI, ceux-ci ne font pas l'objet d'analyse permettant la mise en œuvre d'un plan d'actions. Un bandeau dans le DPI commun à tous les profils permet l'accès aux informations essentielles du patient. Tous les éléments sont renseignés tout au long de la prise en charge par l'ensemble des professionnels intervenant. Les envois de documents par une messagerie sécurisée (MS Santé) et le DMP sont également tracés. Les équipes se coordonnent en réunions pluri disciplinaires hebdomadaires pour la mise en œuvre et la réévaluation du projet de soins. De nombreux professionnels supports (kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, psychologue, IDE, assistante sociale, professeur APA, ergothérapeute...) et correspondants experts (douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs, addictologie, psychiatrie...) interviennent. Des équipes mobiles sont également sollicitées en interne (diabète, tabacologue, gériatrie...). Un calendrier des activités est affiché pour les 4 semaines en HDJ : vélo, balnéothérapie, gym, musculation, Taï Chi, éducation traitement, éducation à la sortie, souffle, marche nordique, relaxation... Un contact est pris en amont de la sortie avec les hospitalisations à domicile (HAD) en fonction des parcours spécifiques (plaies). La procédure de conciliation médicamenteuse est engagée depuis 2018 à partir de critères définis en CME (patient venant des urgences, du court séjour gériatrique, patient arrivant sans ordonnance de traitement). Les préparateurs sont formés et travaillent en binôme avec le pharmacien, ils sollicitent les 3 sources d'informations requises. Un bilan régulier de l'activité est présenté en CME. Suite à la visite, la pharmacienne en charge de la conciliation a formalisé l'évaluation de la pertinence. La prise en charge en situation palliative est organisée sur 8 lits identifiés avec des professionnels formés et une équipe support accompagnante. L'appui d'un psychologue aide à la formalisation de la LATA dans le DPI. Les troubles nutritionnels sont prévenus, dépistés à l'aide d'échelles et tests spécifiques et traités, les troubles alimentaires accompagnés, le recours au suivi diététique prescrit si besoin. Des formations aux risques de troubles de la déglutition sont proposées aux soignants, des fiches alimentaires sont mises à disposition. La commission des menus biannuelle a mandaté une analyse diététique présentée au CLAN et mené une étude sur les compléments alimentaires. Les transports en interne sont réalisés dans les bonnes conditions. La lettre de liaison remise à la sortie reprend les éléments indispensables à la continuité des soins. Un rapport mensuel envoyé aux chefs de Pôles met en évidence la mise en place d'actions d'améliorations quantitatives (dictée numérique, ressources humaines et optimisation du temps des secrétariats, accompagnement de l'ANAP) et qualitatives (présentation des IQSS, audits de conformité réalisés avec les praticiens et l'encadrement, rencontres individuelles, révision de la trame commune et adaptation individuelle).

Les règles d'identification (port du bracelet ou tour de cou) du patient et les modes dégradés sont maîtrisés par le bureau des entrées et les professionnels. L'établissement est fortement impliqué dans la dynamique GHT (Cellule Identito Vigilance de territoire, RETEX inter établissement) : la politique Identitovigilance est déclinée dans une cellule identitovigilance (CIV) opérationnelle, des procédures distinctes primaires et secondaires, les nouveaux arrivants sont formés. Les IDE sont habilitées à la réalisation des entrées administratives et des audits sont effectués. Les bonnes pratiques de prescription des médicaments sont appliquées (liste des médecins habilités, logiciel de prescription

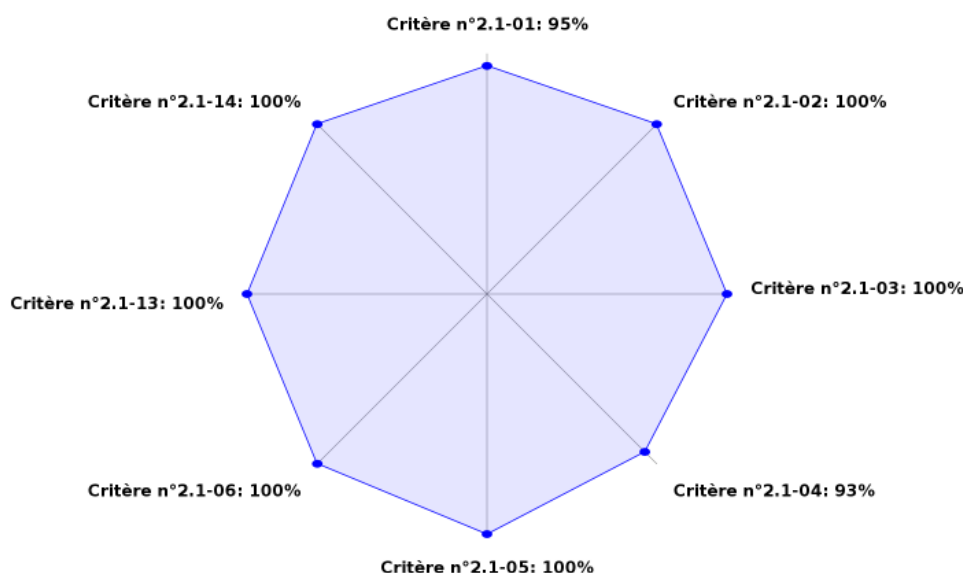
dans le DPI reprenant les indications réglementaires, argumentation des prescriptions conditionnelles). La dispensation des médicaments est sécurisée, les avis pharmaceutiques sont pris en compte, des rencontres régulières et déplacements dans les services permettent les échanges avec les praticiens. L'approvisionnement des produits de santé est organisé avec les services de soins en trois circuits distincts : un pour l'approvisionnement « dotation » par service, un pour les stupéfiants, un pour les dépannages avec un accès sécurisé et uniquement pour les professionnels IDE et Cadre de santé. Le stockage est conforme. Le contrôle des péremptions par les services est réalisé et suivi. La gestion des pénuries est anticipée (dépannage entre services, astreinte de pharmacie). Le transport est réalisé dans des caisses sécurisées par scellés. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre avec une vigilance portée aux interruptions de tâches (affiche sur la porte du poste de soin et sur le chariot médicament, audits, formations et sensibilisations). L'administration est tracée et la non-administration est argumentée. Les risques d'erreurs médicamenteuses sont identifiés et des actions de prévention mises en place (préparation et identification des piluliers, identification des médicaments à risques, sécurisation des chariots, RETEX sur les erreurs...). Les bonnes pratiques d'hygiène des mains, 0 bijoux et manches courtes sont intégrées par tous les professionnels. L'IDE de l'équipe opérationnel d'hygiène (EOH) est active et travaille en relai avec un médecin référent du Centre Hospitalier de VALENCIENNES et les correspondants IDE et aides-soignants en hygiène désignés dans chaque service (formations formelles, semaine de sécurité des patients, rédaction des protocoles accessibles dans l'intranet, suivi des IAS et SPIADI, audits, surveillance épidémiologique...). Les précautions complémentaires sont également intégrées, la prescription est retrouvée dans le DPI, un logo rouge identifie le type d'isolement à réaliser, il est relié à un protocole qui permet de mettre en œuvre les actions et celles restant à réaliser. L'EOH réalise une surveillance qualitative et quantitative des mises en place. La traçabilité de la pose du dispositif invasif dans le DPI enclenche un paramétrage incluant la surveillance et la date de changement. Les professionnels paramédicaux et médicaux sont tous formés à la transfusion, l'IDE Hémovigilance en assure le suivi et chaque nouvel arrivant est formé. On retrouve tous les documents nécessaires dans un classeur papier dans chaque service et dans la GED. Une analyse régulière par service est effectuée et communiquée (produits sanguins labiles (PSL) délivrés, PSL éliminés, nombre de culots, taux de retour et activités transfusionnelle par secteur). On retrouve l'analyse de la pertinence et la justification dans le dossier. La prise en charge des urgences vitales est structurée sur la base d'un numéro unique connu de tous les professionnels. Un groupe Urgences Vitales intra hospitalières est actif depuis 2023, les formations AFGSU sont effectuées régulièrement, les chariots ont été harmonisés en février 2026, leur contrôle est effectif. Des audits sont réalisés concernant le nombre d'ouverture des chariots, la réactivité à l'appel, des fiches techniques des conduites à tenir sur les principales urgences rencontrées (cardiaque, respiratoire) sont proposées. Cependant les professionnels n'ont pas bénéficié d'exercices de mise en situation de prise en charge d'une urgence vitale hormis en court séjour gériatrique. L'établissement en post-visite a établi un programme et envisagé des exercices à partir du mois de mai 2026. En imagerie, les prescriptions sont justifiées et argumentées puis validées par un radiologue sur site ou via la plateforme IMADIS qui assure les prescriptions des modalités des examens, le dosage puis la lecture et le diagnostic à partir des clichés (plateforme choisie par tous les établissements du GHT). La radioprotection est réalisée par une société extérieure (C2I Santé) qui met à disposition un Conseiller en Radio Protection joignable selon une procédure connue et diffusée. Les incidents font l'objet d'une déclaration d'une fiche d'évènement indésirable (FEI) et à l'agence de sûreté nucléaire (ASN).

La transmission des recommandations de bonnes pratiques et la diffusion de la veille réglementaire et

scientifique est organisée : diffusion par la Qualité, publication ENNOV, intégration au PAQSS (bientraitance, stupéfiants en PUI), newsletter hebdomadaire, partage avec l'encadrement, les référents et les praticiens. Les professionnels sont engagés sur l'évaluation de leurs pratiques via la démarche Humanitude et son COPIL. Il existe une politique, un guide du bon usage des antibiotiques et traitement anti-infectieux, des formations sont assurées (nouvel arrivant), des évaluations sont menées, un référent infectiologue est désigné et joignable (Centre Hospitalier de DENAIN) présent sur le site tous les 15 jours le vendredi. Il existe dans le logiciel de prescription une obligation de justification de l'antibiothérapie et une alerte pour la réévaluation à la 72^{ème} heure (pop-up dans le DPI) qui est effective. Les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes sont surveillées (Consores). Les équipes sont très sensibilisées aux bonnes pratiques en lien avec les mesures de restriction et contentions (USLD, UCC) ; elles ont récemment participé à une étude clinique sur un moyen de contention sécurisé et l'évaluation de pratiques professionnelles (EPP) « chute » est active. Une analyse pluri professionnelle hebdomadaire permet leur réévaluation et la proposition selon la typologie des patients d'alternatives telles que la Tovertafel, un chariot d'animation flash, l'espace Snoezelen, des temps professionnels dédiés, l'Humanitude, des pratiques de « non-cassure » de rythme et des ateliers canalisation... Celles-ci sont prescrites et décrites, leur traçabilité est effectuée et l'information apportée aux patients et familles. La réflexion concernant la mise en œuvre des soins écoresponsables est engagée mais non formalisée. En post-visite, l'établissement a été réactif en formalisant sa politique. Le bilan des services économiques a été présenté en CSE, une lettre Qualité a été émise. Les demandes d'admission en SMR (Trajectoire) sont traitées chaque jour ouvré ; l'entrée est organisée à partir d'une consultation de préadmission permettant de définir le programme d'éducation et de réadaptation proposé, d'une consultation médicale puis d'une consultation infirmière. Plusieurs évaluations collectives sont menées : charge en soins avant l'accord d'admission, suivi « Bilan » à l'entrée, mi- stage et en fin de stage, fiche test à la marche, ils sont tracés sur le dossier papier « programme de d'éducation et réadaptation » puis retranscrits dans le DPI. Des indicateurs de pertinence sont suivis et présentés en CME (hospitalisations en neurologie et en locomoteur, pertinence en pneumologie). Un PAQSS est mis en œuvre et assure le suivi et la présentation des IQSS et audits (EPP chûtes, audit contention, audit directives anticipées, personne de confiance...) aux instances. Depuis 2025, l'ensemble des résultats est accessible directement dans le logiciel de gestion documentaire et communiqué à tous les professionnels dans la lettre Qualité. L'établissement travaille en lien avec le laboratoire et l'imagerie médicale à l'amélioration des rendus des examens (adaptation du DPI pour les préconisations et la traçabilité des demandes d'examens et des rendus de résultats).

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

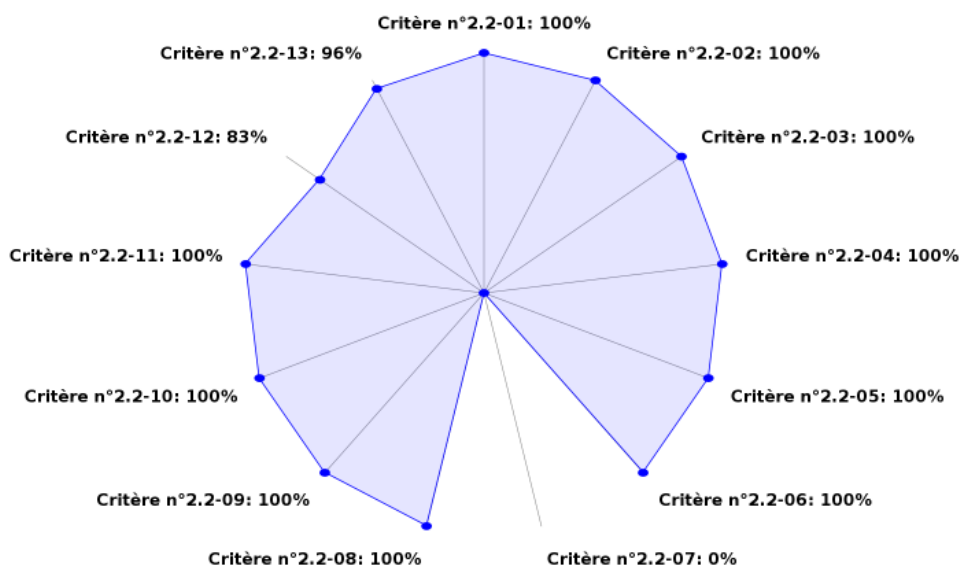
Score de l'objectif **99%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	95%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	93%
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	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **98%**

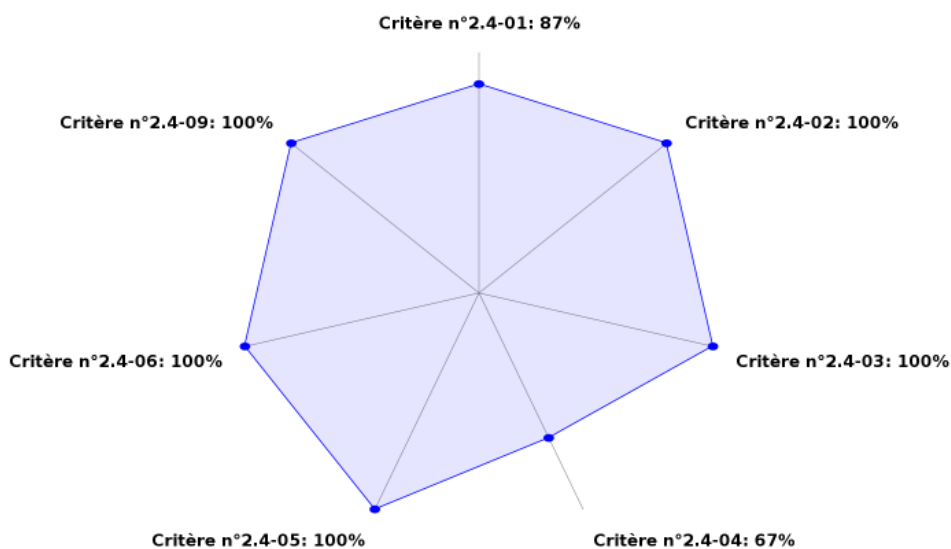


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	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%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
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	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	83%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	96%

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

Score de l'objectif **93%**

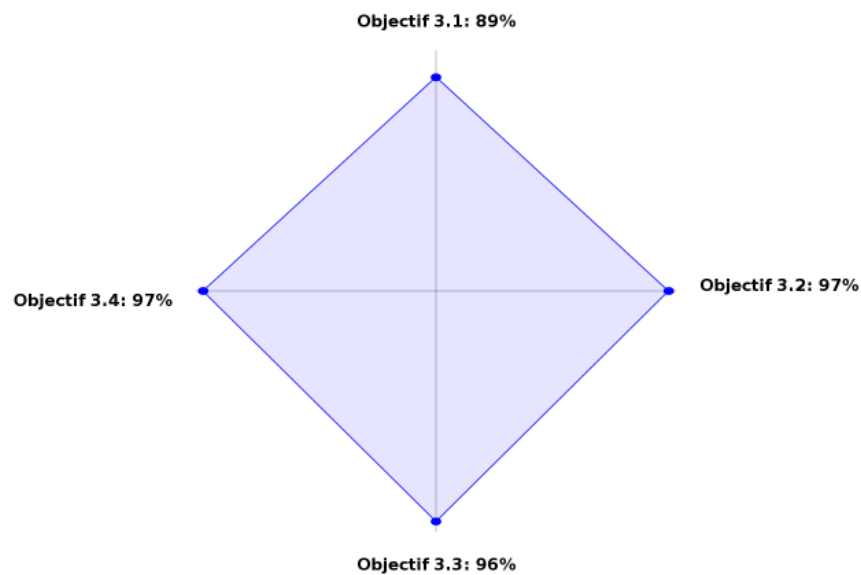


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	87%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	67%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **95%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	89%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	97%
3.3	Le positionnement territorial	96%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	97%

Synthèse du chapitre 3

La Politique Qualité 2024-2027 a été élaborée en cohérence avec le projet institutionnel par le réseau des référents internes en contextualisant par rapport aux données issues des événements indésirables, indicateurs, enquêtes de pratiques, réglementation, EPP, résultats e-Satis, questionnaires de satisfaction, IQSS et présentée aux instances. Un mail est adressé aux pilotes d'actions permettant l'attribution et le suivi des actions du PAQSS présenté lors du point Qualité à chaque instance et diffusé dans la lettre Qualité. Des enquêtes sur la culture Qualité en 2016, 2023 et 2025 ont permis de prouver l'acculturation massive menée (actions de promotion de la sécurité des prises en charge, culture bienveillante de l'erreur, connaissance des vigilances ascendantes et descendantes) auprès des professionnels. Depuis, l'établissement a fait le choix de porter un double regard sur la sécurité des professionnels et des patients en l'associant à l'enquête sécurité alimentant le document unique. Le retour des résultats aux équipes est effectué par la gouvernance (directeur, PCME, direction des soins). Les événements indésirables y compris les presque-accidents sont déclarés ainsi qu'à l'agence régionale de santé (ARS) si nécessaire (formation en 2025). Leurs analyses sont faites systématiquement par la qualité et l'encadrement paramédical et médical. Un retour tracé est systématiquement réalisé auprès des équipes, du patient et de son représentant légal. Le plan d'action proposé est immédiatement présenté en instances, mis en œuvre et suivi dans un PAQSS globalisé. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est organisée (établissement de 3^{ème} ligne), l'identification des risques est formalisée, une simulation d'appel, un exercice en simulation et sur table (avec le CH de VALENCIENNES) ont été réalisés, un audit annuel complet du niveau de préparation SSE est réalisé par la Qualité (diagnostic et réajustement des écarts). Ces exercices donnent lieu à des RETEX à chaud puis à froid et à la mise en place d'actions immédiates (création de pochettes individualisées par profil, mise à jour des plans, consignes pour les 1ers arrivants). Les professionnels de santé connaissent l'existence d'une démarche éthique issue de la bientraitance et inscrite au projet d'établissement. Un séminaire a été organisé en 2025 et des cafés éthiques sont mis en place en 2026. On note l'implication des représentants des usagers et de la communauté de commune à la démarche et une réflexion en cours sur l'analyse des FEI avec un regard éthique (contention, fin de vie). Le formulaire de saisine est accessible sur intranet ainsi qu'une check-list pour aider à l'investigation.

La continuité des soins entre l'équipe médicale et les paramédicaux est assurée au quotidien par des temps de réunion, des échanges rapides et facilités par la présence du médecin. Des référents par patient présentent leur situation et échangent sur les objectifs à mener ensemble lors de situation d'absentéisme ; l'équipe connaît les conduites à tenir pour assurer la continuité et signaler l'absence. Les maquettes organisationnelles de chaque service sont disponibles avec des effectifs cibles. Concernant l'absentéisme, un dispositif est en place pour le rappel des professionnels ou les services s'entraident, le recrutement d'IDE supplémentaires permet d'assurer les remplacements temporaires. L'été, un dispositif est mis en place soit par des fermetures temporaires en lien avec l'activité d'aval qui diminue ou la période des congés, soit par des mises en place de contrats à durée déterminée ou mensualités, notamment pour les kinésithérapeutes. L'ARS et les établissements du GHT sont informés si le nombre de professionnels n'est pas respecté et si cela nécessite des fermetures de lits temporaires. L'accueil des remplaçants est organisé (tableau de suivi avec nom, service et évaluation). Il existe une procédure d'accueil du nouvel arrivant paramédical (4 sessions annuelles comportant plusieurs modules sur la cybersécurité, les vigilances, l'hygiène, la bientraitance, la prise en charge

médicamenteuse, questionnaire de satisfaction, un kit Top Bag est remis avec les documents de la session). Ces sessions sont proposées aux médecins qui bénéficient, par ailleurs de formation ciblées (informatique, DPI, rencontres individuelles avec les référents pharmacie, hémovigilance). Avant le recrutement, les titres professionnels sont vérifiés via le répertoire partagé des professionnels (RPPS), Centre national de gestion (CNG), l'ordre des médecins et infirmiers et les conventions des médecins avec la faculté de médecine. L'entretien individuel mené par l'encadrement pour les paramédicaux et un groupe annuel « formation médicale continue » permettent l'écriture d'un plan de formation construit assurant le maintien des compétences en lien avec le PAQSS (vieillesse, personne âgée, hypnose, bientraitance, AFGSU...). Les équipes sont impliquées dans des programmes collectifs de maintien et de développement des compétences avec des évaluations (PEC gériatrique et sexualité, OMEGA, démarche Humanitude depuis plus de 10 ans, tutorat, troubles de la déglutition, dynamique de la vie sociale, formation à la vie sociale et l'animation, éthique, soins palliatifs). Des évaluations des pratiques professionnelles sont menées par l'encadrement et des formations « flash » sont proposées par les référents (transfusion, hygiène, IAS, Qualité, vigilances...). Des dispositifs d'accompagnement sont proposés aux agents dans le cadre de leurs projets professionnels (formations promotionnelles, journées d'immersion dans un service en cas de demande de changement, des jours de « Vie ma vie », accompagnement à la reconversion professionnelle). La formation au management est promue pour l'encadrement qui bénéficie d'un parcours de professionnalisation master ou cadre de santé. Un tutorat formalisé est proposé (points réguliers avec la direction des soins, formation avec le psychologue au coaching et accompagnement avec un organisme extérieur). Une charte managériale est diffusée. Des actions de sensibilisation sont effectuées (pièce de théâtre sur les violences sexistes, sensibilisations aux violences sexuelles et violences faites aux femmes, formation égalité professionnelle, campagne photographique pour la journée de la femme, projet atelier coaching femmes encadrantes...). Une formation au management (Sciences Politique à LILLE) est poursuivie actuellement par le président et vice-président de la Commission Médicale D'Etablissement. Des ateliers de codéveloppement ont été ouverts au manager paramédicaux en 2025 mais auxquels les managers médicaux n'ont actuellement pas accès. L'établissement, très réactif, a organisé des formations pour les médecins, programmée début 2027. Le taux d'absentéisme en lien avec les accidents du travail et les maladies professionnelles est analysé et fait l'objet d'un plan d'action notamment par rapport aux TMS (formations ciblées sur les professionnels ASH, de la buanderie, des services techniques et de la cuisine). L'ensemble des mesures permettant le suivi de la santé des professionnels est mis en place : la vaccination est encouragée et les freins identifiés, des psychologues sont à disposition, un temps professeur APA (10 %) dédié aux risques professionnel intervient au plus près des équipes pour rappeler les gestes et postures à adopter, la formation OMEGA permettant de gérer l'agressivité a été proposée, des ergonomes adaptent les postes de travail y compris les sédentaires (bureaux monte et baisse, pédales, ballons, fauteuils, souris, tapis de marche). Le Centre hospitalier le QUESNOY a également prévu de tester des exosquelettes et participe à un appel à projet Sport Santé. Un plan de sécurisation des professionnels est également en place via des boutons d'alerte interne sur les téléphones, un contact téléphonique privilégié avec la gendarmerie pour l'unité d'accueil non programmée, la mise à disposition de protection pour travailleur isolé (PTI), la fermeture des portes, les digicodes, une surveillance vidéo... Les actions de prévention des risques sont prioritaires : le service sécurité et le directeur rencontrent chaque service une fois par an ; diverses formations et simulations sont organisées : alerte attentat, incendie... L'établissement a réalisé une enquête qualité de vie au travail (QVT) auprès des professionnels par mail en 2025. Les résultats ont été communiqués par intranet et lettre Qualité, une chaîne d'information dédiée est en réflexion. Les professionnels ainsi que les

partenaires sociaux ont ensuite participé à l'élaboration de la politique de qualité de vie au travail (à partir du Document unique et du Papripact) et du guide du temps de travail. Un ajustement de la politique a été effectué en fonction d'indicateurs suivis (taux de turn-over, taux d'absentéisme, maladies professionnelles, satisfaction des agents) et la gouvernance (directeur, directrice des soins, et responsable logistique) s'est déplacée dans les services afin d'échanger sur les besoins. Des actions ciblées sont proposées : paniers repas, espaces restauration dans les services, ateliers bien-être, zen et réflexologie plantaire, amicale des soignants, covoiturage... Les organisations sont adaptées afin de concilier vie professionnelle et vie personnelle (guide de la parentalité, assistantes maternelles sur le territoire, relais de garde, télétravail...). Des échanges entre professionnels permettent de réfléchir sur les améliorations à apporter à la réalisation du travail et de son environnement qui, par ailleurs, est agréable et approprié par les équipes. Les situations difficiles sont anticipées, des ateliers de prévention à destination de l'encadrement sont mis en place par les psychologues du travail. La déclaration d'un conflit se fait sur un formulaire dédié adressé au directeur et à la DRH. Le travail en équipe est promu par la gouvernance. Les professionnels se saisissent des démarches d'engagement collectif proposées (vidéo port des prothèses réalisée par une kiné, fiches d'exercices pour le WE effectués par les soignants, livret d'accueil spécifique à l'unité des troubles neurocognitifs). Une Infirmière en Pratiques Avancées (IPA) est en place depuis un an en gériatrie.

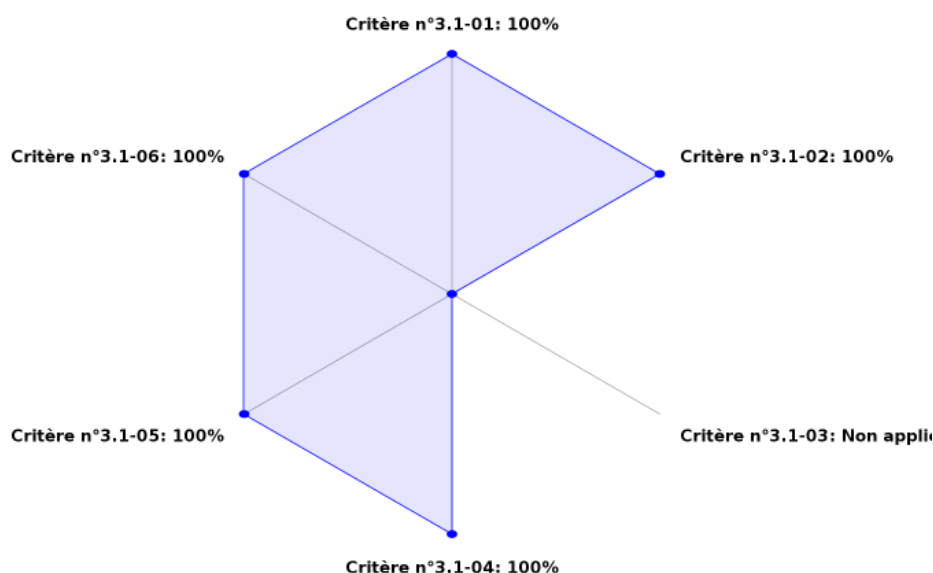
Le Centre Hospitalier Le QUESNOY est acteur de la coordination territoriale, facilitée par sa taille et son positionnement, il travaille en lien direct avec le CH de VALENCIENNES (CHV), établissement support du GHT Hôpitaux du HAINAUT notamment par une convention concernant les soins critiques et l'imagerie (réseau télé interprétation public). De nombreuses rencontres avec les praticiens renforcent les liens avec les EHPAD (filiales gériatriques labellisées orthopédie, mémoire, sociale, plaie, chûtes...), des filiales de spécialités se sont créées (chirurgie cardiaque, post greffe pulmonaire ou en lien avec les consultations avancées), une convention est formalisée avec les 3 HAD du secteur et entre tous les établissements du GHT. Les patients accueillis sont orientés dans les filiales adaptées (CHU LILLE, Clinique TEISSIER). Les partenariats sur le territoire sont connus (Equipe Mobile Gériatrique Inter EHPAD) et utilisés. Un RETEX a été organisé concernant les orientations des patients jeunes ou relevant de la santé mentale. L'accueil non programmé est organisé tant au service SAS que dans les consultations, un rapport quotidien de l'occupation des lits est transmis, des fermetures estivales sont effectuées en lien avec la baisse d'activité chirurgicale des services adresseurs du CHV. La mise en place de téléconsultations assistées avec les EHPAD et les adressages directs favorisés par le lien ville-hôpital consolidé préviennent les transferts évitables de personnes âgées. Les modalités de communication mises en place par l'établissement envers la ville ou les usagers leur permettent d'avoir l'ensemble des informations demandées : rubrique contact du site internet, Doctolib pour les consultations spécialisées, cartes de visite remises aux patients avec numéros utiles. Les coordonnées directes des praticiens sont échangées lors des soirées ville-hôpital annuelles (distribution de supports). Les échanges de comptes rendus de consultations ou hospitalisations sont réalisés sur une messagerie sécurisée. L'établissement participe aux recherches cliniques en lien avec les propositions reçues (Etude CAFCA / Alzheimer, Etude Sécuridrape, Enquête nationale de prévalence des escarres, bon usage des médicaments inhalés). Une aide méthodologique du CH VALENCIENNES est apportée aux mémoires de fin d'étude des IPA. L'établissement, en post-visite, a structuré une politique à l'échelle territoriale en lien avec l'Unité de Recherche clinique du Centre hospitalier de Valenciennes. Les étudiants en formation sont accueillis (paramédicaux des écoles et instituts de la région et internes de médecine générale), les livrets d'accueil sont en cours de réactualisation ; certains professionnels de

l'établissement participent également à l'enseignement (IFSI VALENCIENNES et MAUBEUGE, étudiants en médecine LILLE et DES gériatrie) et interviennent auprès du grand public lors de séances de sensibilisation (lycée, diabète au centre commercial, orthopédie et psychogériatrie). Une présentation des programmes d'éducation thérapeutique de l'établissement a également été proposée au GHT et diffusées aux médecins généralistes.

La propreté de l'ensemble des locaux est à noter ainsi que le suivi des réparations et maintenance en lien avec l'IDE coordonnatrice des vigilances. La démarche de développement durable est un axe initié avec quelques actions proposées (challenge gants sur les services volontaires, cartouche des procédures GED indiquant l'impact environnemental, bracelets patients en amidon de maïs, remplacement des extincteurs, plan de mobilité durable, dématérialisation des fiches de paie, récupération des pochettes plastiques de dépannage en pharmacie...), ces actions restent peu mentionnées par les professionnels. Des sollicitations sont également menées concernant la sobriété énergétique (arrêt des impressions couleur, remplacement des éclairages, isolation notifiée dans le schéma directeur immobilier), la valorisation des déchets (box de récupération des radiographies, bio déchets, recyclage du linge et du matériel éducatif), en coopération avec la Ligue de Protection des Oiseaux (tonte retardée, nichoirs), des filières de tri sont organisées et respectées. La télésanté est développée en radiologie, des téléconsultations assistées sont organisées pour le suivi des plaies en EHPAD en lien avec une IDE.

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

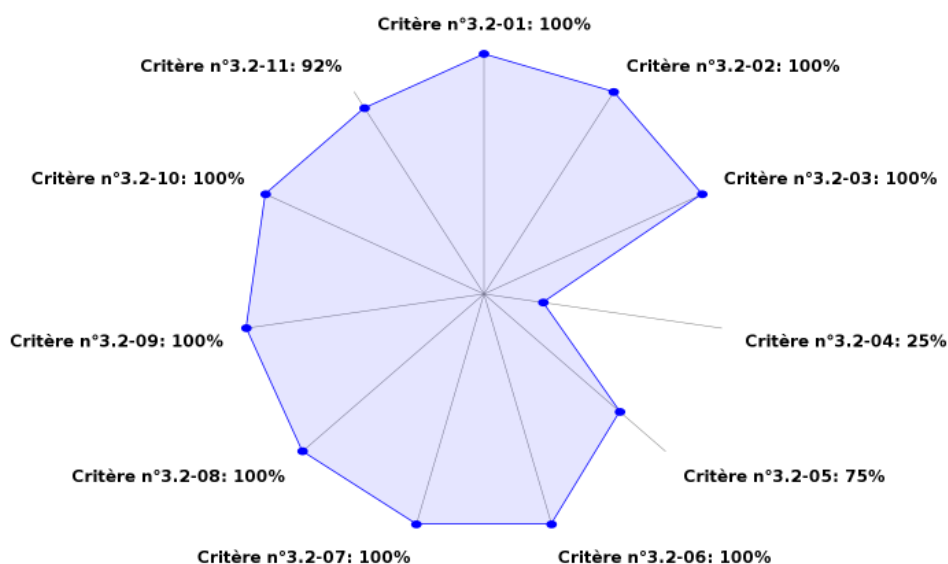
Score de l'objectif **89%**



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

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **97%**

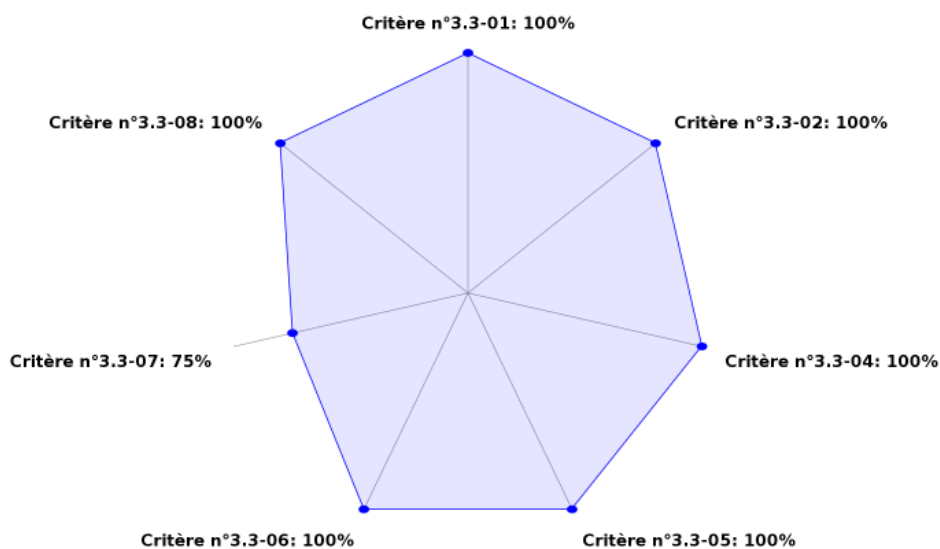


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	25%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	92%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

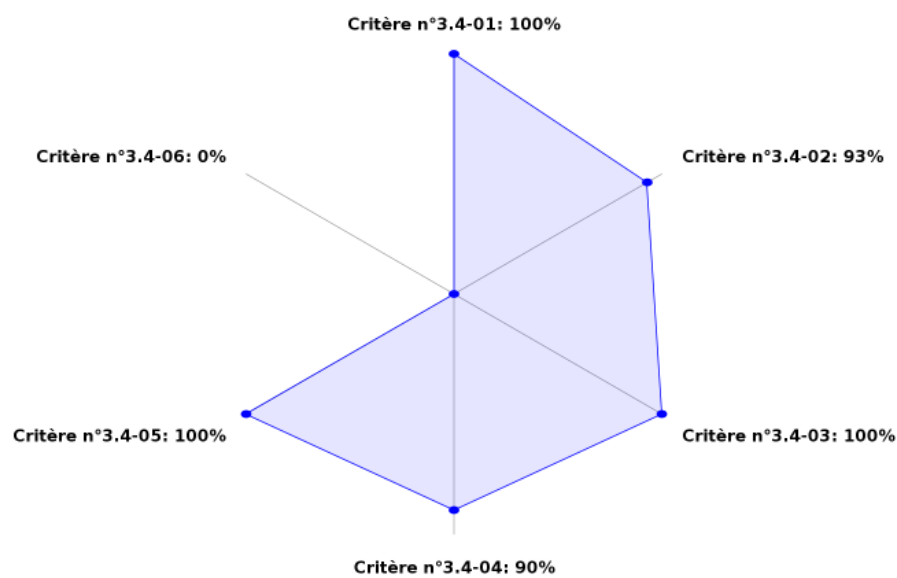
Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	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 **97%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	93%
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	90%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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

