



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

SERVICE HOSPITALISATION A DOMICILE NOGENT SUR OISE

106 rue faidherbe
60180 Nogent Sur Oise



Validé par la HAS en Juillet 2025

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 – Juillet 2025

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	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	26

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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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 avec mention.

Présentation

SERVICE HOSPITALISATION A DOMICILE NOGENT SUR OISE	
Adresse	106 rue faidherbe 60180 Nogent Sur Oise FRANCE
Département / Région	Oise / Hauts-de-France
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

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	600113278	ASSOCIATION DE COORDINATION SANITAIRE ET SOCIALE DE L'OISE	106 rue faidherbe 60180 Nogent Sur Oise FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

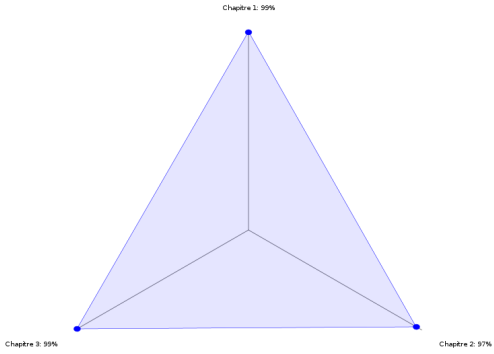
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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
Tout l'établissement

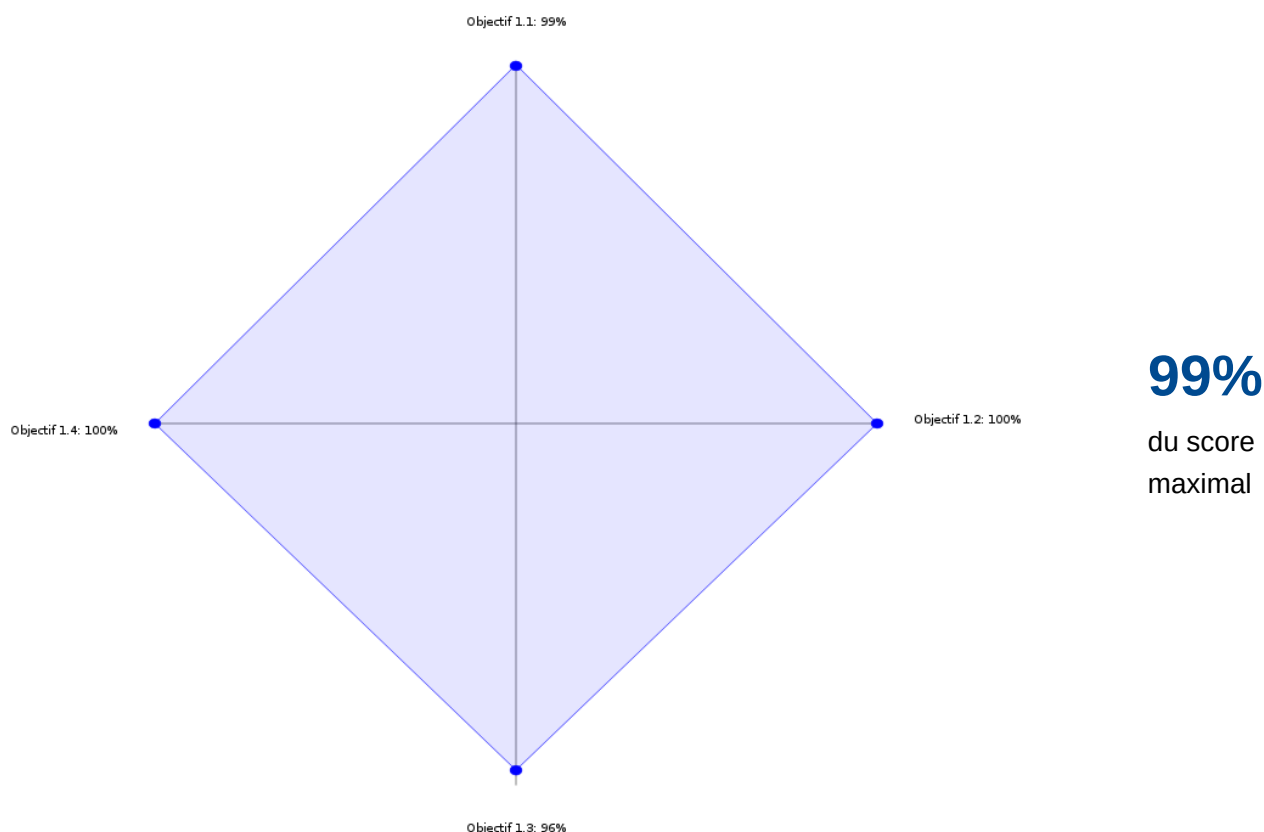
Au regard du profil de l'établissement, [104](#) critères lui sont applicables

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.	99%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	96%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'Hospitalisation À Domicile (HAD) de Nogent sur Oise prend en charge 80 à 100 patients par jour. Cette patientèle se compose majoritairement de personnes âgées (65 % de la file active) mais elle intéresse également des patients mineurs (12 %). Les prises en charge dominantes concernent les soins palliatifs (27 % de l'activité) et les pansements ou stomies complexes (25 %). Les patients et leurs proches ou entourage reçoivent une information claire et adaptée sur leur état de santé et la prise en charge. A cette fin, divers documents sont proposés dans le livret d'accueil ou sous forme de flyers ou plaquettes de présentation (modalités de prise en charge, organigrammes, chartes, informations relatives aux droits, messages de prévention en santé publique, rôle et missions des représentants d'usagers et de la CDU, possibilité de déclarer un évènement indésirable associé aux soins...). Toutefois, ces supports d'information ne sont pas

toujours tous remis aux patients. Parmi les formalités administratives figurent également la désignation de la personne de confiance, de la personne à prévenir ainsi que la possibilité de rédiger des directives anticipées. Ces éléments sont tracés dans le dossier du patient. Pour les soins palliatifs, les familles sont accompagnées, sollicitées et associées au suivi des soins. L'établissement a également créé un livret d'accueil spécifique (Unité pédiatrique) pour les parents et les enfants. Au domicile, un classeur dossier patient regroupe les diverses informations, modalités de prise en charge et supports de traçabilité. Il comprend également les coordonnées des personnes à contacter, en cas d'urgence notamment (le 15) et un QR code permettant de formuler d'éventuelles plaintes et réclamations. Les patients rencontrés témoignent de leur connaissance de ces différents points d'information. Toutefois, la nécessité d'utiliser une messagerie sécurisée pour la transmission de données de santé n'est pas toujours connue et respectée par les patients ou aidants. Lors de l'admission, l'infirmière fait le point avec le patient sur ses habitudes de vie et souhaits particuliers. Le patient (et/ou son aidant) exprime son consentement libre et éclairé sur son projet et la réflexion bénéfice-risque relative aux choix thérapeutiques est partagée avec l'équipe médico soignante. L'enfant ou l'adolescent est également invité à exprimer son avis. Des actions sont mises en œuvre par les équipes afin de rendre le patient acteur de sa prise en charge et renforcer sa capacité à agir pour sa santé. Ainsi, l'autonomie du patient dans la gestion de son traitement est évaluée dès l'admission et ajustée durant toute la durée de la prise en charge, avec la mise en place du « Patient en Auto-Administration de ses Médicaments (PAAM) » pour les patients autonomes.

L'établissement a renforcé la prise en charge des patients mineurs : recrutement d'un infirmier de coordination (IDEC) spécialisé en pédiatrie réalisé au moment de la visite initiale, formalisation du processus de prise en charge des mineurs, deux formations sur les soins pédiatriques pour les infirmières libérales (IDEL) et poursuite des journées d'immersion des soignants en secteur pédiatrique intra hospitalier.

Divers outils, exploités aujourd'hui en routine, invitent le patient à faire part de sa satisfaction et de son expérience. Ainsi, au regard du taux de retour peu significatif du questionnaire de sortie, l'établissement a mis en place un questionnaire de mesure de la satisfaction et de l'expérience patient, basé sur la méthode PREMs. Cette nouvelle disposition est également renforcée par un recueil de satisfaction 5 à 8 jours après l'admission et un appel téléphonique systématique après la sortie.

Les infirmières de liaison, qui assurent la coordination avec les infirmières libérales intervenant au domicile du patient ainsi que les aides-soignants de l'HAD, sont attentives, dans leurs pratiques, au respect de l'intimité et de la dignité du patient. Les règles de confidentialité sont également respectées.

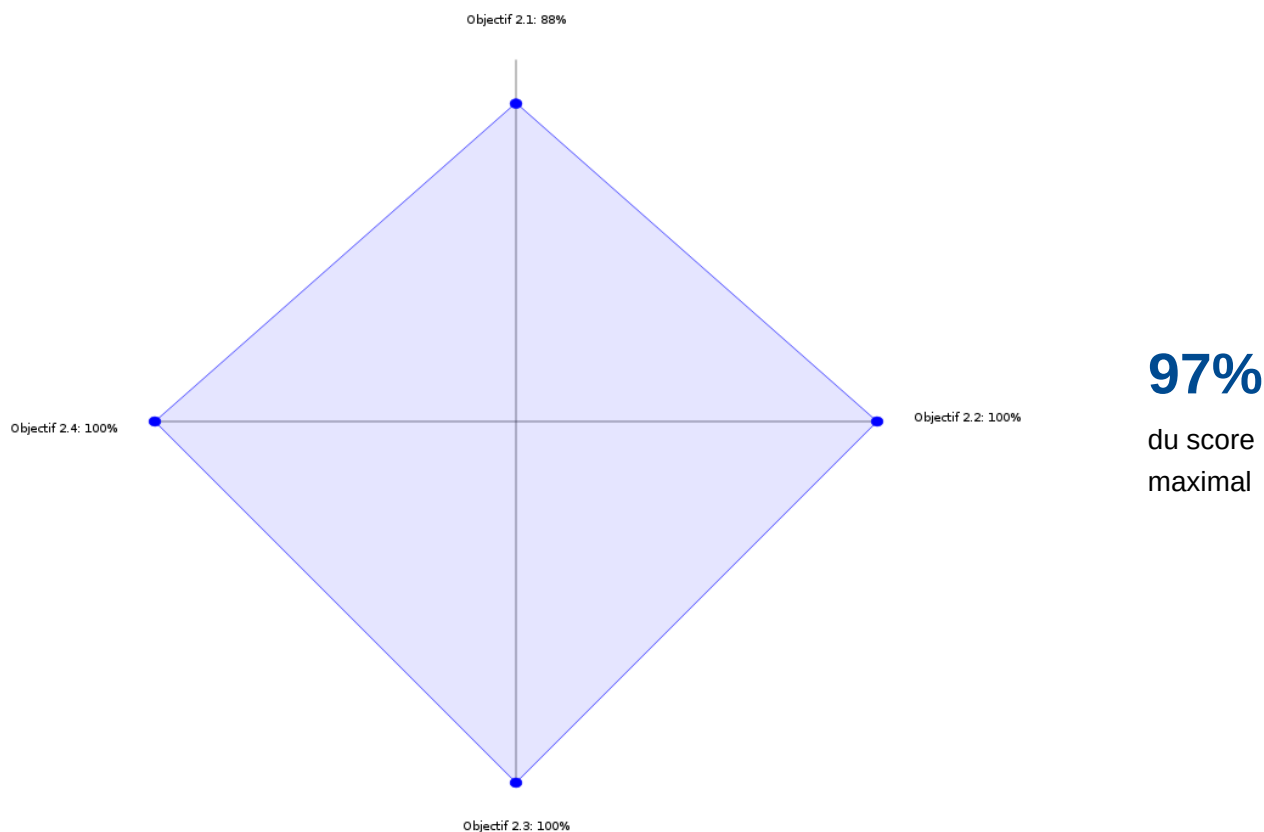
Le maintien ou l'amélioration de l'autonomie du patient est priorisé. Un panel de soins complémentaires peut être mobilisé si besoin avec des ressources internes ou divers collaborateurs extérieurs (psychologue, assistante sociale, équipe mobile de soins palliatifs, kinésithérapeutes, pédicure-podologue, diététicienne...) favorisant la prise en compte des conditions de vie et de lien social du patient et permettant plus particulièrement un accompagnement pour les patients vivant avec un handicap ou en situation de précarité. Sur ce dernier point, l'association dispose d'une équipe spécialisée en soins infirmiers de précarité (ESSIP) qui peut être sollicitée par l'HAD.

En matière de contention mécanique (barrières de lit), les prescriptions et la traçabilité de leur surveillance sont effectives, argumentées et la pertinence de leur maintien est régulièrement évaluée.

Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur. La prescription conditionnelle des antalgiques est maîtrisée. Au-delà des prescriptions mises en place, les évaluations de la douleur sont réalisées au moyen d'échelle et leur traçabilité est bien retrouvée dans le dossier patient. Une formation sur la prise en charge de la douleur et son évaluation est inscrite au plan annuel de développement des compétences.

Les proches et/ou aidants sont systématiquement associés à la mise en œuvre du projet de soins et adhèrent, avec l'accord du patient, aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD. Ils bénéficient si nécessaire de formations utiles à leur collaboration aux soins.

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	88%
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	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au regard des recommandations de bonnes pratiques et la prise en charge coordonnée, en interne, par une équipe pluriprofessionnelle. Des staffs hebdomadaires sont organisés sur les 3 pôles avec des décisions et des modifications du projet de soins tracées dans le dossier du patient informatisé (DPI) et adressées au médecin traitant.

Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et leur pertinence argumentée et réévaluée entre 48 et 72 heures. Les praticiens prescripteurs peuvent s'appuyer sur un livret thérapeutique dédié et sur des conseils et des recommandations locales auprès d'un médecin référent du Groupement Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO). Une EPP sur l'évaluation des antibiotiques en HAD a été engagée en septembre 2023. Des actions de sensibilisation des médecins à l'évaluation de la pertinence des prescriptions antibiotiques ont été

organisées en janvier 2024 mais l'établissement n'a pas initié de formations pour les praticiens.

Les équipes de soins ont accès à l'ensemble des éléments utiles à la prise en charge avec un dossier papier au domicile du patient et un dossier informatisé « structure » avec un accès distanciel pour les soignants de l'HAD. Les IDE de liaison participent à la continuité des soins par une coordination régulière des données et du projet de soins avec les différents acteurs de la prise en charge. Le déploiement de la version informatisée du dossier patient aux professionnels de ville est engagé. Effectif désormais pour les kinésithérapeutes libéraux, il se poursuit progressivement avec les infirmières libérales. La coordination avec les équipes spécialistes externes est organisée notamment pour la démarche palliative mise en œuvre avec le réseau intervenant sur le territoire. Les coordonnées des différents professionnels intervenant dans la prise en charge sont bien retrouvées dans le dossier du patient.

Une astreinte, médicale et infirmière, est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. En cas d'urgence la conduite à tenir est à disposition du patient et des aidants à leur domicile.

Le carnet de santé pour les enfants et adolescents, le dossier du patient ainsi que le dossier médical partagé (DMP) de Mon espace santé sont coordonnés afin d'assurer la continuité des soins.

L'organisation des soins à la sortie est anticipée et la lettre de liaison répond aux attendus dans son contenu (antécédents, facteurs de risque, déroulement de la prise en charge, résultats d'examen, bilan thérapeutique). Sa remise au patient à J0 ainsi que son envoi au médecin traitant sont suivis.

En matière de maîtrise des risques, les vigilances et leur coordination sont organisées au sein de la structure (les référents sont désignés et connus et un COVIRIS est en place). Une coordination est également assurée avec les structures régionales et nationales (OMEDIT, CPIAS, ANSM...).

Les règles d'identification sont respectées avec une identification initiale du patient contrôlée et validée par le service de l'HAD chargé des admissions.

Pour la prise en charge médicamenteuse, l'HAD a revu son organisation en conventionnant tout d'abord avec une seule officine de ville ce qui a permis de réajuster et harmoniser les procédures et protocoles et de sécuriser les différentes étapes du circuit. Les prescriptions sont désormais systématiquement analysées par le pharmacien d'officine puis validées par le médecin coordonnateur de l'HAD et intégrées au DPI qui génère alors un support unique de prescription/administration. La pharmacienne de l'HAD se charge de la coordination avec l'officine et assure en interne la gestion du circuit du médicament, l'amélioration de la qualité et la prévention des risques en matière de matériel et pharmaco vigilances. La dispensation (nominative et robotisée) ainsi que le transport sont sécurisés notamment pour les produits thermosensibles. L'établissement a renforcé à ce titre son équipe d'assistants logistiques qui assurent la livraison des médicaments et dispositifs médicaux au domicile du patient. Comme pour le transport, le stockage du traitement notamment des médicaments à risque (MAR) est également sécurisé au domicile du patient (2 coffres forts, l'un pour le patient ou ses aidants, l'autre pour les soignants libéraux ou de l'HAD). Des contrôles des stocks sont régulièrement assurés par l'IDEC au moyen de checklist. Les professionnels sont sensibilisés à la gestion des MAR qui sont spécifiquement signalés. Des newsletters sont également régulièrement adressées aux professionnels libéraux (sur le plan de traitement, la liste des MAR propre à l'HAD, le signalement des EI liés aux médicaments...). En matière d'administration, le traitement est clairement identifié (identité du patient, molécule, posologie...) et dans un sachet sécurisé pour chaque prise. Pour le patient autonome, l'établissement a mis en place le PAAM qui repose sur une évaluation initiale et des réévaluations régulières du degré d'autonomie et des actions de formation et de sensibilisation sur l'administration et l'observance du traitement.

L'HAD a réalisé plusieurs CREX relatifs au circuit du médicament en lien avec des signalements d'évènements indésirables et a inscrit des plans d'action dans son programme d'amélioration de la qualité (PAQ).

Pour les autres risques liés aux pratiques, la maîtrise du risque infectieux est prise en compte avec une coordination des mesures de prévention des infections associées aux soins. Des protocoles sont créés ou actualisés si nécessaire (précautions complémentaires avec prescriptions en cas d'isolement, par exemple, en mai 2023). Des audits sont régulièrement effectués (sur l'hygiène des mains, le respect des précautions complémentaires pour les patients BMR, la gestion des excréta...). L'équipe met en place des actions

d'amélioration fondées sur l'évaluation des questionnaires de satisfaction, les résultats d'audit, le suivi des IQSS et sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins. Des actions de formation et des sensibilisations sur la maîtrise du risque infectieux sont régulièrement proposées.

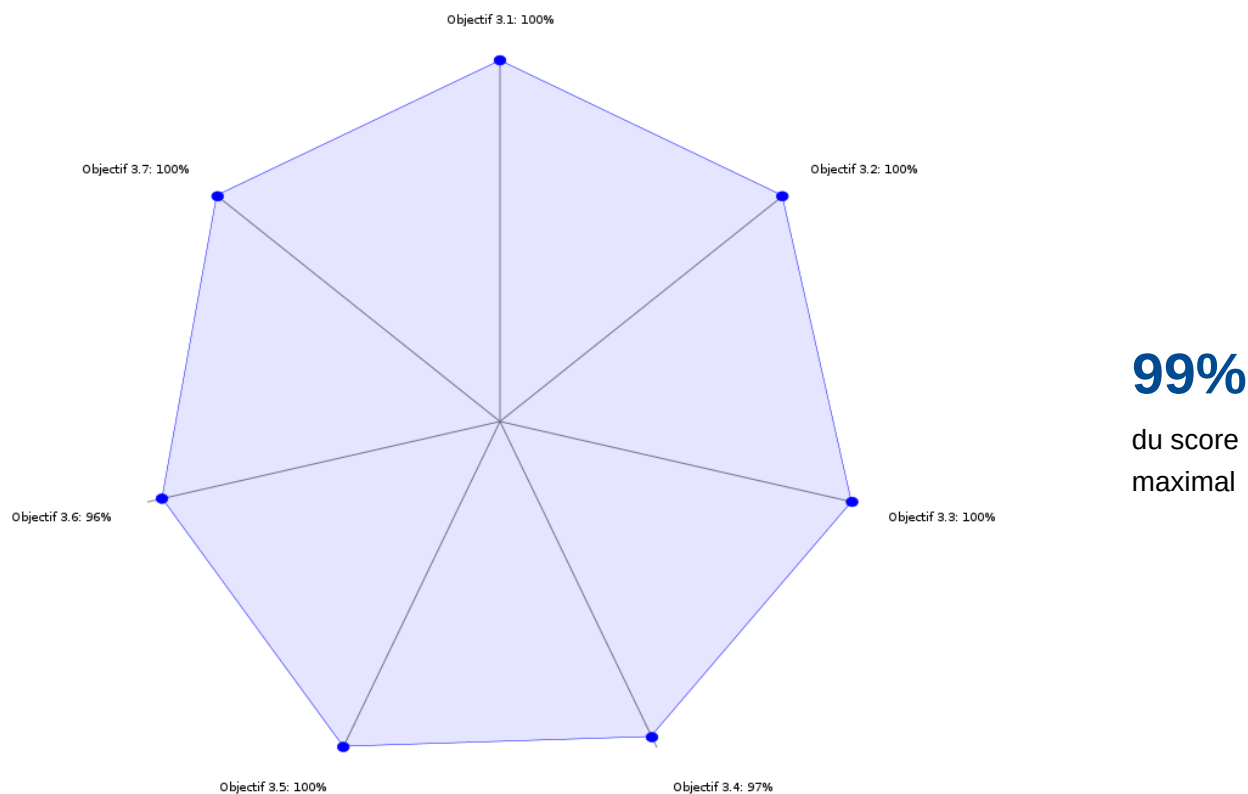
Les équipes évaluent leurs pratiques professionnelles sur la base de résultats cliniques. De nouvelles évaluations de pratiques professionnelles (EPP) ont été mis en place (prise en charge de la douleur, réévaluation de l'antibiothérapie, PAAM) et d'autres sont poursuivies (bientraitance, identitovigilance, prise en charge des soins palliatifs en HAD...). L'établissement organise des RMM. Des audits sont régulièrement effectués (un audit mensuel par exemple, de janvier à avril 2024, sur les dispositifs invasifs). L'établissement assure aussi un audit trimestriel des dossiers patients. Le recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient est également pris en compte et, à ce titre, de nouvelles enquêtes intègrent aujourd'hui la méthodologie PREMs. Le circuit de déclaration, de traitement et d'analyse des événements indésirables (EI) est opérationnel. Cette analyse est réalisée trimestriellement en COVIRIS. Les événements indésirables graves font l'objet de CREX dont le compte rendu est ensuite diffusé à l'ensemble des professionnels. Des infirmières libérales sont conviées si nécessaire à ces temps d'analyse.

Enfin, la structure réalise des revues de pertinence de ses admissions et séjours.

L'ensemble de ses démarches d'évaluation fait l'objet de plans d'action qui, pour certains intègrent le PAQ institutionnel.

Pour le suivi de ces différentes évaluations, l'HAD de Nogent sur Oise a développé de multiples indicateurs qualité internes, en compléments des IQSS nationaux, qui sont exploités plusieurs fois par an et diffusés dans l'ensemble des services (pour la qualité des éléments administratifs : consentement du patient, personne de confiance, personne à prévenir, information sur le DMP, délai d'envoi du protocole de soins au médecin traitant... ; pour la qualité de la coordination en HAD : association des proches, prescription HAD à l'entrée, directives anticipées, évaluation sociale à la préadmission, évaluation des risques liés à la prise en charge, risque iatrogène... ; pour la qualité de la pratique soignante et médicale : réunions staff, prescription BMR, plan de traitement à jour...).

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'HAD de Nogent sur Oise est une des structures de soins de l'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise (ACSSO). Cette association de loi 1901 a été créée en 2004 et porte les valeurs de solidarité et d'intérêt collectif (ESPIC). Elle est membre de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) et de la Fédération des Etablissements d'Hospitalisation et d'Aide à la Personne (FEHAP).

Outre l'HAD, elle regroupe un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), une Equipe Spécialisée de Soins Infirmiers Précarité (ESSIP), un service de portage de repas et un espace ressources cancer. L'HAD s'implique dans de multiples projets territoriaux et se coordonne avec de nombreux partenaires : les établissements sanitaires du territoire (CH de CREIL, SENLIS, COMPIEGNE, CREPY EN VALOIS, BEAUVAIS) et les hôpitaux parisiens. Dans ces partenariats, des dispositions prévenant les passages évitables des personnes âgées aux urgences (une infirmière d'HAD en service d'urgence, IDE de liaison avec les EHPAD) ont pu être mises en place avec certains établissements. Cette collaboration intéresse également les médecins de ville, les différents professionnels libéraux du territoire, les CPTS, les EHPAD du secteur géographique... L'HAD adhère au GHT (Groupement Hospitalier du Territoire) Oise-Sud. C'est également un acteur impliqué dans les 3 filières gériatriques du territoire et dans le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). Des collaborations sont en place avec le réseau de soins palliatifs, le réseau hygiène du GHPSO... L'alimentation du dossier médical et pharmaceutique (DMP) est promue. Les modalités pour contacter les 3 pôles d'activité de l'établissement sont aisées et précisées dans différents supports notamment le livret d'accueil. Le personnel d'astreinte peut être contacté par un numéro dédié. L'établissement a mis en place un cadre opérationnel permettant à tout agent ou équipe de se faire connaître et d'être accompagné dans une démarche de recherche clinique en lien avec d'autres acteurs du territoire.

En matière de recueil de l'expression du patient, la démarche repose sur plusieurs méthodologies d'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient : une enquête d'accueil et d'admission en HAD réalisée systématiquement auprès des patients HAD ou leur entourage, 5 à 8 jours après l'admission (plus de 200 patients ont accepté d'y répondre depuis janvier 2024) ; une enquête flash de satisfaction HAD organisée par le COPIL Qualité en lien avec la CDU ; un questionnaire de mesure de la satisfaction et de l'expérience en HAD (avec un questionnaire spécifique pour les soins palliatifs) ; un questionnaire de sortie (mais celui-ci s'est avéré peu efficient nécessitant la mise en place d'autres modalités de recueil citées précédemment : en 2023, 30 questionnaires complétés et retournés pour 567 prises en charge) ; un appel téléphonique au patient et /ou ses aidants, quelques jours après la fin de la prise en charge HAD ; la participation d'un patient à certains CREX. L'établissement promeut la bientraitance (Charte, COPIL bientraitance, EPP et politique bientraitance, référente institutionnelle, formations annuelles et sensibilisations régulières, informations au patient ou proches et au personnel, semaine de la sécurité, ateliers, circuit de signalement formalisé et connu des professionnels...). Il n'y a pas toutefois d'évaluation annuelle des situations de maltraitance. Une évaluation des risques de maltraitance / négligence à domicile est effectuée lors de la visite de préadmission, puis actualisée à la visite d'admission. Les situations de maltraitance ou de suspicion de maltraitance sont signalées via des Fiches d'Événements Indésirables (FEI), un bilan est réalisé. Des sensibilisations et formations sont réalisées. Une attention est également apportée à la prise en charge des personnes vulnérables notamment dans les situations de précarité (création de l'ESSIP, liens avec les PASS hospitalières et les services sociaux de ville, évaluation sociale lors de la pré admission).

La commission des usagers (CDU), dans sa composition, la participation de ses membres, ses missions et son fonctionnement, répond aux attendus avec des avis sollicités sur les EI, les EIG, les EIAS, l'évaluation de la satisfaction du patient et de son expérience, les demandes de dossiers médicaux, les plaintes et réclamations, le projet d'établissement... Des informations sont apportées et l'avis des représentants des usagers (RU) est requis sur différents sujets comme le circuit du médicament ou encore la préparation à la certification. Les RU sont également impliqués dans les orientations et organisations institutionnelles (groupe éthique, COPIL Qualité, COPIL Bientraitance, CREX, audits au domicile du patient ...). Le projet des usagers est formalisé et sa présentation aux instances est en cours.

La politique qualité portée par la gouvernance est déclinée dans les 3 pôles avec la participation des instances (CME et CDU), des RU, de l'encadrement et de l'ensemble des autres professionnels. Les équipes participent notamment aux différents audits réalisés sur l'institution. Les informations sur la qualité et la gestion des risques, les procédures, les protocoles et recommandations, les résultats des évaluations, les indicateurs de suivi, les comptes rendus d'instances, de CREX, de RMM... sont accessibles à l'ensemble des professionnels

via le logiciel de gestion documentaire (GED). Un journal interne mensuel -ACSSO'NEWS- est également diffusé aux équipes et aux libéraux partenaires. La culture sécurité des soins fait l'objet d'évaluations ; des chambres des erreurs sont organisées chaque année, avec la participation de tous les personnels et les RU. Concernant le management et l'organisation du travail des équipes, différents temps de coordination sont mis en place (staffs, temps de transmission, CREX...). Des réunions d'encadrement sont aussi régulièrement organisées entre les IDEC et la Directrice des soins. Afin d'optimiser l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité des soins, un travail de réflexion a été mené afin d'anticiper les problématiques d'effectif par la mise en place de tournées de secours et la réorganisation des tâches. Une procédure d'intégration du nouvel arrivant prévoit un tutorat, la remise d'un livret d'accueil et une adaptation au poste (avec formations si nécessaires). Une sensibilisation au travail en équipe est instituée. Des actions de coaching sont proposées aux managers (de 2020 à 2022) et un séminaire (Team Building) et une formation sur le management sont organisés chaque année afin de renforcer la cohésion d'équipe. Pour le développement des compétences, le plan de formation prend en compte les résultats des entretiens annuels d'évaluation. Un groupe éthique (avec la participation d'un RU) est en place depuis septembre 2024. Il s'est réuni une fois. Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés : le refus de soin, la présence d'animaux au domicile et les modalités de prise en charge du patient à domicile en cas de défaillance de l'aidant principal. Le comité d'éthique prévoit de réaliser une réflexion collective et interdisciplinaire avec les acteurs concernés sur ces thèmes. L'établissement a identifié les ressources externes en adhérant à l'Espace de Réflexion Éthique Régional (ERER) des Hauts-de-France.

Préalablement à la mise en place du comité éthique, la référente éthique et bientraitance a organisé un état des lieux des problématiques éthiques soulevées par les soignants lors des réunions d'équipe. Ces réunions ont permis d'identifier trois problématiques prioritaires à aborder en groupe de réflexion éthique, avec la participation d'un représentant des usagers (RU) : le refus de soin, la présence d'animaux au domicile lors des interventions, et les modalités de prise en charge du patient à domicile en cas de défaillance de l'aidant principal. Nous avons d'ailleurs obtenu un score de 100 % sur l'élément d'évaluation Crit.3.4-04-ee03-ASY (Les professionnels identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés), ce qui confirme que l'état des lieux a bien été réalisé conformément aux attendus.

Élément d'évaluation Crit.3.4-04-ee05-ASY : L'équipe, en cas de besoin, dispose de ressources externes identifiées d'aide à la prise en compte des problématiques éthiques : L'établissement est adhérent à l'Espace de Réflexion Éthique Régional (ERER) des Hauts-de-France. Conformément à la procédure interne, en cas de besoin, les équipes doivent formaliser leur demande auprès de la référente éthique, de la directrice des soins ou de la responsable des ressources humaines. Ce sont ces référentes qui prennent alors directement contact avec l'ERER. Les équipes ne sont donc pas autorisées à solliciter directement l'ERER.

Une démarche QVT est instituée. Une politique avec des orientations prioritaires a été définie avec les partenaires sociaux sur la base d'une enquête de satisfaction auprès des professionnels réalisée en avril 2023. Des actions ont été mises en œuvre (salle de détente, véhicules de service autorisés pour les trajets domicile-travail, évènements conviviaux...). Des dispositifs de soutien peuvent être proposés si besoin aux professionnels et des supervisions trimestrielles ont été mises en place sur les 3 pôles d'activité de l'HAD. Pour les risques auxquels l'établissement peut être confronté, le plan blanc institutionnel a été mis à jour en juin 2024. L'établissement réalise des exercices réguliers de situations de gestion de crise (2 en 2024, cyber attaque et DPI non opérationnel).

Les risques pouvant générer des tensions hospitalières sont identifiés avec les partenaires extérieurs (flux de patients par exemple liés aux fermetures estivales dans certains établissements hospitaliers).

En matière de risque numérique, les professionnels appliquent les mesures de prévention et connaissent les procédures dégradées prévues.

Le plan de sécurisation de l'établissement est régulièrement actualisé (dernièrement suite à la mise en place de vidéosurveillance) et les procédures liées aux situations à risques sont formalisées et connues des

professionnels.

En matière de risques environnementaux, un plan de développement durable (DD) a été mis en place pour la structure HAD suite à un audit énergétique de son bâtiment et de son activité. Ce plan est inscrit au PAQ institutionnel et diverses actions ont été finalisées (autodiagnostic DD et RSE en lien avec l'ARS, mise à jour de la politique DD, désignation d'un référent, création d'affiche sur le tri des déchets pour les professionnels et pour les domiciles des patients, actions de sensibilisation lors de la semaine sécurité, sensibilisation des libéraux, fournitures aux patients de poubelles DASRI et DAOM...).

Le management qualité et gestion des risques (QGDR) est structuré, opérationnel et avec la participation de tous les professionnels et des RU, avec un COPIL dédié centralisant les données et actions relevant des instances et des différents comités institutionnels.

Le PAQ institutionnel précise les actions à entreprendre (avec responsables identifiés et échéances définies) et leur suivi. Il est réactualisé et prend en compte l'expérience du patient. La déclaration des EI est connue des professionnels et elle est opérationnelle. Le circuit est organisé, les déclarations sont analysées et des plans d'action sont mis en place. Les EIAS et EIG bénéficient d'une analyse collective dans le cadre de CREX. Les IQSS sont suivis, leurs résultats diffusés et l'établissement a mis en place des indicateurs internes intéressant les processus de soins et supports notamment administratifs.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	600113278	ASSOCIATION DE COORDINATION SANITAIRE ET SOCIALE DE L'OISE	106 rue faidherbe 60180 Nogent Sur Oise FRANCE
Établissement principal	600003008	HAD - A.C.S.S.O	106 rue faidherbe 60180 Nogent Sur Oise FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
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	78

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		antibiotique
6	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Enfant et adolescent	

7	traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
10	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif réutilisable
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées		précautions complémentaires

		aux soins		
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		MAR
16	Audit système	Représentants des usagers		
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		précautions standards
18	Audit système	QVT & Travail en équipe		
19	Audit système	Leadership		
20	Audit système	Dynamique d'amélioration		
21	Audit système	Maitrise des risques		
22	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA
24	Audit système	Coordination territoriale		
25	Audit système	Engagement patient		
26	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
27	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Traceur	Circuit du		Prescription d'un patient intégrant,

28	ciblé	médicament et des produits de santé		a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique injectable et/ou per os
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique injectable et/ou per os
30	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable
32	Audit système	Coordination territoriale		
33	Audit système	Représentants des usagers		
34	Audit système	Risques numériques -Professionnels		
35	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
36	Audit système	Risques numériques -Professionnels		
37	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL Non Applicable
38	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Audit système	Leadership		
40	Audit système	Dynamique d'amélioration		
41	Traceur ciblé	Gestion des évènements		El critique ou presque accident selon la liste fournie par l'ES

		indésirables graves		
42	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident selon la liste fournie par l'ES
43	Audit système	Entretien Professionnel		
44	Audit système	Entretien Professionnel		
45	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
46	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
47	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé	

49			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Audit système	Engagement patient		
53	Audit système	Maitrise des risques		
54	Audit système	QVT & Travail en équipe		

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

