



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

GCS ES HAD DES ARDENNES

57 COURS ARISTIDE BRIAND
08000 CHARLEVILLE MEZIERES



Validé par la HAS en Décembre 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 – Décembre 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	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	22

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.

Présentation

GCS ES HAD DES ARDENNES	
Adresse	57 COURS ARISTIDE BRIAND 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE
Département / Région	Ardennes / Grand-Est
Statut	Privé
Type d'établissement	GCS ES de droit privé

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	080011224	GCS ES HAD DES ARDENNES	45 AVENUE MANCHESTER 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

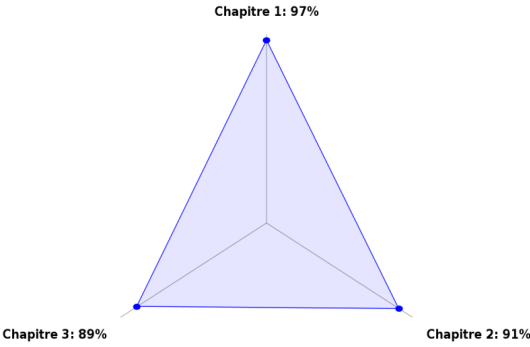
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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

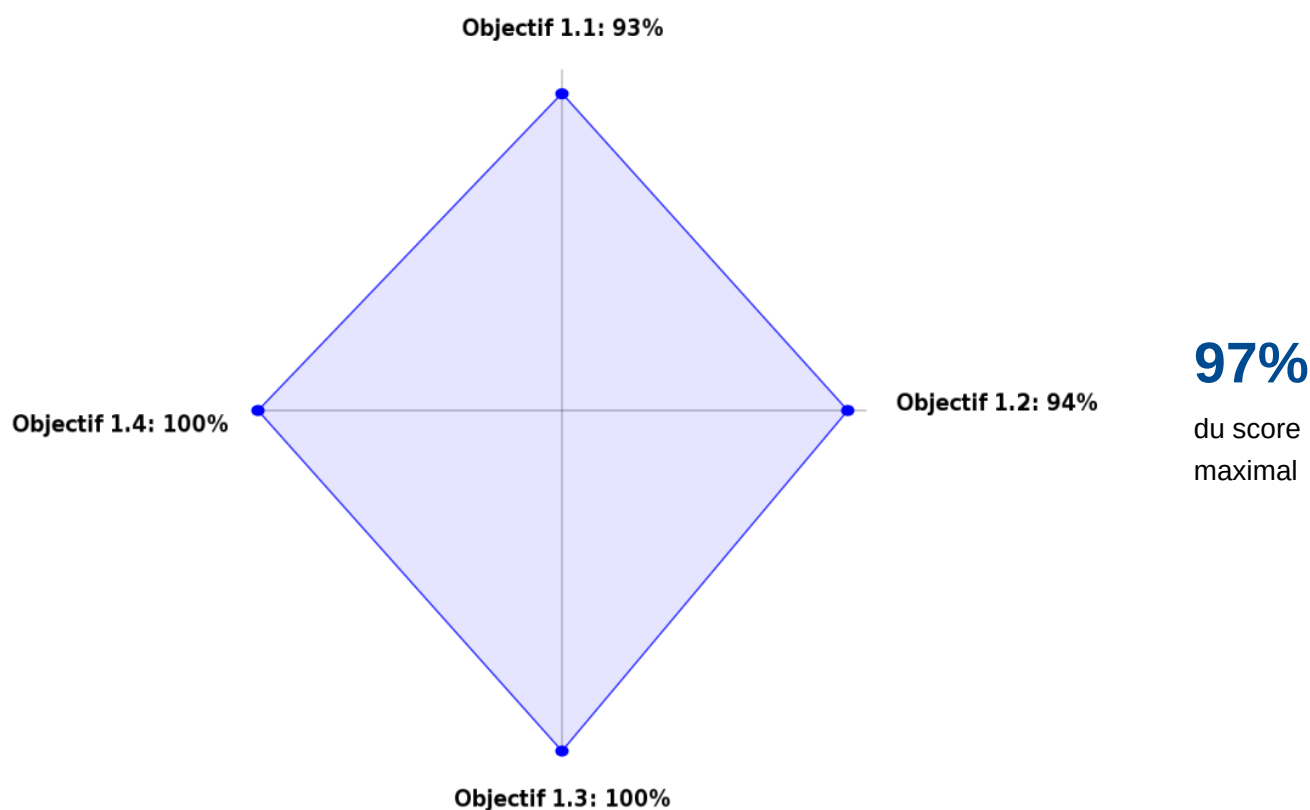
Au regard du profil de l'établissement, [100](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

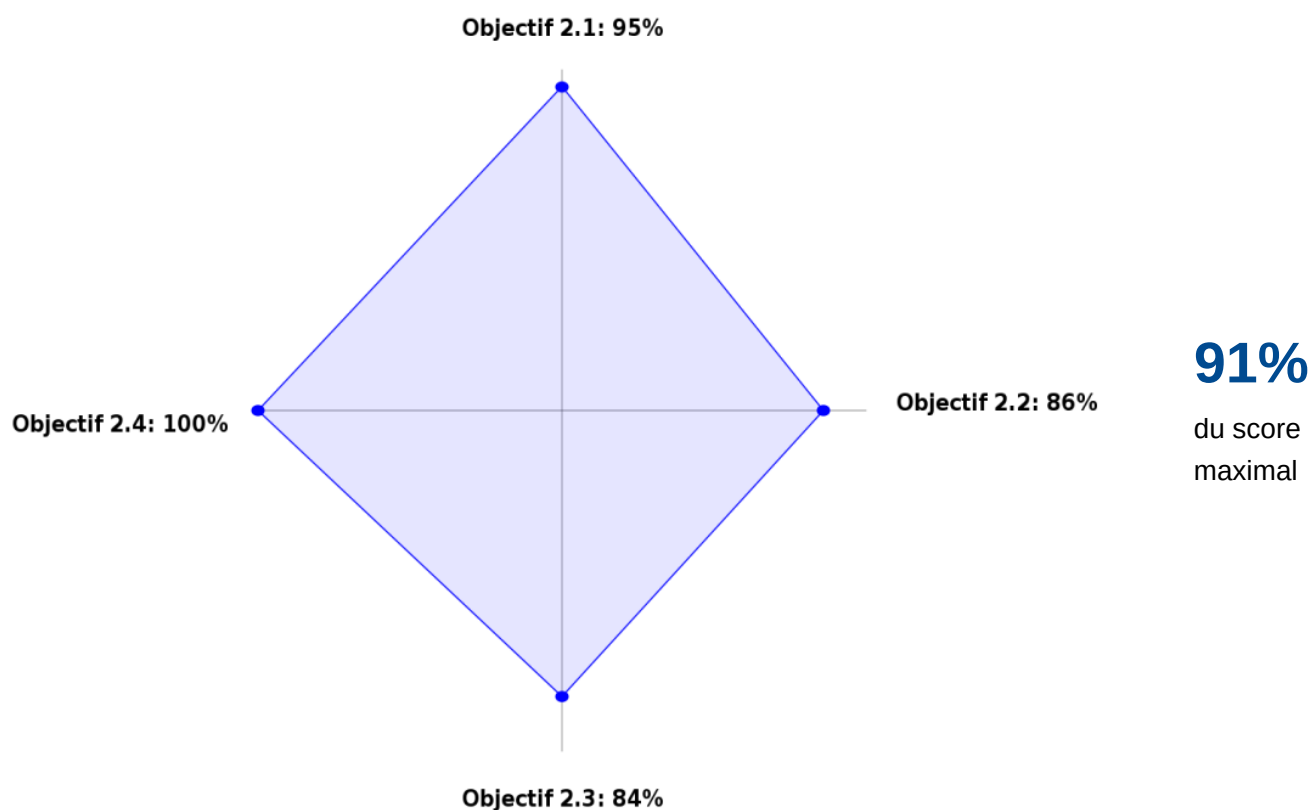


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	94%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) HAD des Ardennes est le regroupement des 2 autorisations d'HAD du département. Il est constitué des groupements hospitaliers publics Groupe Hospitalier Sud Ardennes (GHSA) et Centre Hospitalier Intercommunal Nord Ardennes (CHINA), ainsi que de la Mutualité Française Champagne-Ardenne-SSAM qui en assure la direction. Le GCS HAD des Ardennes couvre l'ensemble du territoire départemental. Il est constitué de 2 antennes : l'antenne Ardennes Sud (Vouziers) et l'antenne Ardennes Nord (Charleville-Mézières). L'HAD prend en charge 24h sur 24 des patients adultes et exceptionnellement des enfants (nutrition et cancérologie) nécessitant une prise en soins et une coordination à domicile, ou en EHPAD, dans le cadre de pathologies complexes et de soins palliatifs. En pré-admission, les informations (présentation de l'HAD, définition des besoins, programmation des soins) sont dispensées aux

patients et/ou à leur entourage, de façon à ce que l'adhésion pour ce type de prise en charge se fasse de la manière la plus éclairée possible. Un livret d'accueil contenant les informations relatives à l'hospitalisation est systématiquement remis au patient et disponible à domicile. Il est accompagné par une information orale et des explications adaptées données par les différents professionnels. De nombreuses informations sont également disponibles dans le livret d'accueil (chartes, membres de la commission des usagers, expérience patient, Mon espace Santé, identitovigilance, lavage des mains, gestion des déchets, sécurisation de la prise de médicaments à domicile...). Le recueil de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effectif et retrouvé dans les dossiers. L'établissement est en cours de mise en place d'un document spécifique concernant la personne de confiance. Cependant, la perception de ces informations est hétérogène : méconnaissance de la composition de la CDU, de son rôle et de celui des représentants des usagers, modalités pour soumettre une réclamation et celles pour déclarer tout évènement indésirable lié aux soins. En fonction de la pathologie du patient, des actions d'information ou de prévention en matière de santé publique sont réalisées. Les directives anticipées font l'objet d'une information dès l'entrée et sont ré abordées en fonction de l'état de santé du patient. L'activité palliative est organisée pour les patients le nécessitant. Les patients peuvent témoigner leur satisfaction et leur expérience par le biais de questionnaires de satisfaction. Ils sont sollicités pour ce faire et les éléments sont repris en synthèse par l'Infirmière de coordination (IDEC) ce qui favorise également le recueil. Le questionnaire est adapté aux patients communicants et non communicants (emoji .) De plus, ils ont la possibilité de remplir une fiche d'évènement indésirable, en cas de dysfonctionnement constaté. Au domicile, l'intimité et la dignité sont préservées dans le respect des attentes des patients, quelles que soient les conditions d'habitat et particulièrement, dans un contexte de soins palliatifs, de plaies algiques, de patients vulnérables, comme les personnes âgées, de patients en situation de handicap. Pour certains patients, des mesures de contention mécaniques sont en place de type barrière de lits. La traçabilité de la prescription et/ou de la réévaluation est hétérogène suivant les patients rencontrés à domicile. La prise en compte de la douleur s'impose comme un préalable à toute prise en soins, avec une implication du patient et/ou de ses proches. Un protocole permet à l'Infirmière (Ide) de distribuer le médicament si besoin en fonction de l'évaluation de la douleur recueilli auprès du patient. Les prescriptions sont conformes aux bonnes pratiques. Une Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) avec un plan d'action est en place sur le sujet. Dans le cadre de l'HAD, l'entourage est fortement sollicité pour toutes les actions mises en place. Les patients bénéficient d'une prise en charge sociale permettant le repérage de la précarité, de la vulnérabilité, Cette dimension sociale est constitutive du parcours de soins du patient avec l'accompagnement de l'assistante sociale pour mettre en place les liens avec les services de soins à domicile et à aider la famille dans les démarches nécessaires.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



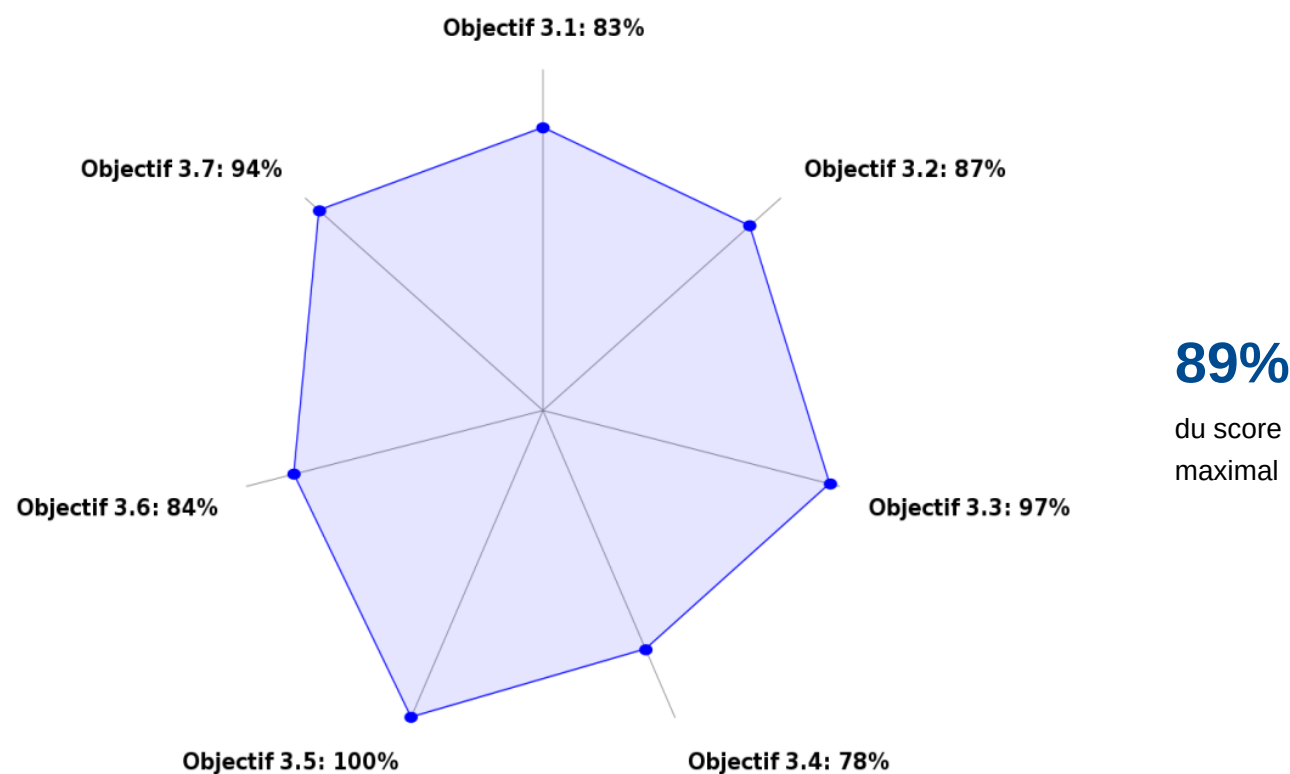
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	95%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	86%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	84%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Face à des situations complexes, pour des populations vulnérables, toute décision est concertée et le bénéfice risque étudié, par l'équipe pluridisciplinaire. La pertinence de l'hospitalisation à domicile et son maintien sont sans cesse questionnés. Les demandes sont réalisées via trajectoire. Elles sont recueillies et analysées par l'infirmière de coordination (IDEC), puis validées par le médecin coordonnateur de l'HAD. Cette évaluation de pré admission, très complète, permet d'analyser le temps de la prise en charge et les moyens à mettre en place pour répondre aux besoins et demandes du patient (liens avec les libéraux, plan de soins, gestion des commandes et des équipements, intervention de la psychologue ou de l'assistante sociale...). Des macro-cibles sont en place pour la poursuite des soins. L'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge est retrouvé dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Cependant, il n'existe pas de projet de soins

structuré et formalisé permettant la définition d'objectifs partagés avec le patient et évaluables. La prescription d'une antibiothérapie est en place. Par contre, l'évaluation à la 24ème/72ème heure, conformément aux bonnes pratiques, n'est pas toujours retrouvée (sur la période de janvier 2025 à avril 2025, à 72 H : 0% sur l'antenne Nord et 30 % sur l'antenne sud). Une patiente poursuivait son traitement alors que celui était arrêté depuis 48 H. La pharmacienne à un DU antibiothérapie, un des médecin coordonnateur est en cours de formation et les médecins participent régulièrement à des Enseignements Post Universitaires (EPU) menés par le service de médecine interne et infectieux du CHINA. Le recours au service d'infectiologie du CHU de Reims est également possible. Concernant le recueil des données, l'équipe de l'HAD dispose d'un dossier de Soins Informatisé. Un dossier papier, utilisé par les professionnels libéraux est également en place. Des formations au DPI leur ont été proposées, avec peu de résultat. Les pièces de ce dossier sont scannées dans le DPI. On retrouve la traçabilité des actes des intervenants de l'HAD. Cependant, celle des IDEL est hétérogène et les kinésithérapeutes du secteur de Vouziers ne tracent pas leurs actes. Des réunions des professionnels de l'HAD permettent le partage de l'information. Des conventions sont en place avec les professionnels libéraux. Les médecins coordonnateurs assurent les échanges soit par téléphone, soit par messagerie sécurisée avec les médecins traitants. Des contacts hebdomadaires entre IDEC et IDELibérale (IDEL), sont en place. Ces dernières sont invitées à des visioconférences, des formations et des réunions. Cependant on peut noter l'absence des professionnels libéraux (Médecin traitant, IDEL et Kiné) lors des staffs hebdomadaires. La permanence des soins, assurée par une double astreinte médicale et infirmière, garantit une réponse coordonnée en cas d'urgence à domicile. Pour tout besoin, les professionnels de l'HAD s'appuient sur des équipes expertes dans le cadre d'un large réseau : réseaux locaux hygiène, équipe mobile de soins palliatifs du CHINA, équipe régionale de soins palliatifs pédiatriques (ERSPP) de Reims, lien avec l'association JALMAV. La démarche palliative est réalisée en équipe pluridisciplinaire lors des staffs. Elle est centrée sur le patient avec le maintien de la qualité de vie et le traitement des symptômes inconfortables. L'intervention de la psychologue est systématique. Le réseau PALLIO permet un appel si problème pendant le week end. Un groupe de travail a permis des actions tel que l'organisation d'un café deuil et la création d'une carte de condoléances. La télé santé n'est pas développée. Une réflexion pour candidater au projet PULSY est en cours. Le DMP est alimenté notamment avec l'émission de la lettre de liaison. Cependant les taux d'émission bien qu'en amélioration restent faibles : 0% à Charleville et 20 % à Vouziers à J0 , 64% à Charleville, 35% à Vouziers de J1 à J8). Les vigilances, notamment la pharmacovigilance et la matériovigilance sont effectives et coordonnées ; les professionnels connaissent les conduites à tenir. Un système de badge permet aux soignants de badger sur le DPI et de s'assurer qu'ils sont bien chez le bon patient. L'établissement a formalisé son organisation et les étapes de la prise en charge médicamenteuse. Le pilotage du processus a été confié aux pharmaciens de la PUI du GHSA. Une des pharmacienne est référente pour l'HAD. Des outils d'aide à la prescription et l'administration sont formalisés (protocoles douleurs, utilisation des médicaments à risques, sachet rouge, logo sur le plan de soins). La prescription est réalisée par les médecins libéraux sur une ordonnance papier, scannée dans le DPI. Celle-ci est reprise par le médecin coordonnateur qui la valide. La pharmacienne réalise l'analyse pharmaceutique. Ses remarques faites sur le DPI ou par téléphone sont prises en compte. Cependant, le bilan thérapeutique n'est pas retrouvé dans les dossiers. L'accès au dossier pharmaceutique est possible. Mais, les Informations ne sont pas prises compte lors de l'analyse pharmaceutique du fait d'un problème technique informatique. Une organisation interne est définie pour répondre aux besoins urgents (convention avec officines en ville, dotation à Charleville, dépannage au service de médecine à Vouziers). Le stockage des produits de santé à la pharmacie est sécurisé (armoires à clé, caisse de transport, stupéfiants sous coffre dans un local spécifique sécurisé, produits thermosensibles avec réfrigérateur sur alarme et enregistrement informatisé). Une dispensation nominative hebdomadaire est organisée. Le transport est sécurisé, notamment pour les toxiques et les Médicaments A Risque (MAR) dans des boîtes scellées. Si le transport est assuré par des aides soignantes, elles doivent reporter le numéro de scellé pour vérification. Au domicile, les médicaments à hauts risques sont sécurisés dans une mallette. Toutefois, chez un des patients un stylo à insuline entamé, dans son contenant, est retrouvé en contact avec le

guide de canule de trachéotomie, de compresses et du glucomètre. La liste des MAR est à disposition. Des formations sont dispensées par la pharmacienne référente, elles sont également proposées aux infirmières libérales. Au domicile, l'information du patient est réalisée. L'administration des MAR est assurée par les IDE de l'HAD et tracée dans le DPI en temps réel via les téléphones portables. Cependant, pour les autres médicaments, lorsque l'administration est assurée par les IDEL des différents cabinets intervenants, la traçabilité n'est pas toujours retrouvée dans le plan de soins imprimé mis à leur disposition. Une retranscription manuscrite d'une partie de l'ordonnance, faite par l'IDEL a pu être retrouvée car elle n'a pas utilisé le plan de soin édité par l'HAD. L'IDEL déblistère les médicaments mais n'assiste pas forcément à la prise. Les médicaments restent dans une coupelle à disposition du patient. De plus, lors d'une visite au domicile, il est constaté que l'ensemble du traitement du patient n'avait pas été repris sur le plan de soin (traitement hypertenseur non pris en compte). L'établissement a repéré les risques liés à ces pratiques des IDEL. Des formations (présentielles et visioconférence) ont été proposées aux différents cabinets. Pour certains patients, des grilles d'auto administration sont en place. L'évaluation initiale de l'autonomie du patient à sa prise médicamenteuse est réalisée. L'élaboration d'un programme Patient en Auto Administration du Médicament (PAAM) est en cours. Mais, la traçabilité de la réévaluation de cette autonomie n'est pas toujours présente. Il n'y pas d'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) formalisée. Un partenariat est en place avec l'équipe EOH du CHINA. La prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) est maîtrisée avec deux référents hygiène (IDE et Aide soignante(AS)) sur chaque antenne. Un Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS) est en place (sous commission de la CME). L'HAD a également recours à l'équipe d'infectiologie de Reims. Les protocoles en lien avec le risque infectieux sont formalisés et accessibles aux professionnels via le logiciel de documentation. Des audits réguliers en hygiène, portés par les référents hygiène sont réalisés : hygiène des mains, 0 bijou, consommation des SHA, gestion des excréta... Les équipes sont formées aux bonnes pratiques de précautions standards et complémentaires. Les Solutions Hydro Alcooliques (SHA) sont à disposition à domicile. Les résultats sont connus des professionnels. Les patients ont reçu une information sur l'hygiène des mains notamment lorsqu'il y a des pansements. En cas de patient nécessitant un isolement ou à risque infectieux, la tournée est organisée en fonction. Pour les patients identifiés lors de l'entretien de préadmission nécessitant des précautions complémentaires, celles-ci sont en place dès l'arrivée du patient. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de pose et maintien des Dispositifs Médicaux Invasifs (DMI). La promotion des vaccinations est assurée et les freins sont analysés (taux vaccination grippe 70%). Les différents facteurs de risques iatrogènes sont recherchés par les professionnels mais non regroupés sous ce terme. Les professionnels ne connaissent pas le terme « risques iatrogènes liés à l'hospitalisation » et l'information aux proches n'est pas retrouvée. Les équipes évaluent régulièrement leur pratique. Les résultats cliniques sont mesurés régulièrement lors des réunions de staff et suscitent des plans d'action. Des Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) (étape 2 ou 3) et groupes de travail sont développés : sondage vésical, mise en place d'une contention chez le sujet âgée, conformité du dossier patient, taux de ré-hospitalisation à 48 h de l'admission en HAD.... La prise en compte de la satisfaction et de l'expérience fait l'objet d'un recueil régulier (force de proposition d'actions d'amélioration prises en compte par les professionnels). Une synthèse entre le patient et l'IDEC permet de développer l'expérience patient et d'ajuster les objectifs de soins. Le circuit des événements indésirables est connu des professionnels. Ils sont repris en réunion de coordination du lundi et lors des réunions qualité 2 jeudis par mois (analyse de l'avancée des actions mises en oeuvre). Les analyses collectives suite à des baisses des taux d'indicateurs, sont mises en oeuvre et donnent lieu à des actions d'amélioration. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont développées. Un audit interne sur le circuit des prélèvements a été mis en oeuvre.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	83%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	78%
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	84%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

L'actualisation du ROR est régulière et est assurée par la cadre de santé. Du fait de la constitution du GCS, l'HAD est en lien direct avec le GHSA et le CHINA dont les directeurs sont administrateurs de l'HAD. Le GCS HAD des Ardennes n'est pas un GCS employeur. Les ressources humaines sont mises à disposition par les membres fondateurs, employeurs historiques. La liaison entre les différents établissements du CHINA et l'HAD

est assurée par un infirmier de liaison. D'autres partenaires sont identifiés : le CHU de Reims, la clinique de Bezanne. Des admissions directes sont possibles en lien avec les médecins généralistes. L'HAD des Ardennes intervient également auprès de patient dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD). Depuis 2024, une présentation d'évaluation anticipée permet la création de dossier « dormants ». Ils concernent des patients en passe de soins palliatifs pour permettre une intervention rapide si l'état du patient se dégrade. Une procédure est en place pour permettre des adressages directs à l'HAD et éviter le passage des personnes âgées aux urgences des CH. L'HAD des Ardennes participe aux 4 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) dans le cadre de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire. Elle fait partie du comité de pilotage pour la labélisation de la filière gériatrique. Les locaux sont communs avec ceux du SSIAD de la Mutualité française. Les modalités de communication de l'HAD sont accessibles et permettent aux différents acteurs du territoire de les contacter. Les modalités de contact de l'HAD sont également présentes chez chaque patient.. Le Dossier Médical Partagé (DMP) est place et est alimenté avec la lettre de liaison. Il est connu des patients ainsi que des professionnels. L'établissement n'a pas mis de plan d'action pour permettre l'amélioration du taux d'alimentation. L'établissement ne développe pas d'activités de recherche. L'engagement du patient se concrétise à travers les démarches d'évaluation de la satisfaction et de recueil de l'expérience patient. Le questionnaire de satisfaction est envoyé à J 7 en cas de soins palliatifs et à J 15 pour les autres prises en charge, puis tous les mois ou tous les deux mois en cas de chronicité. L'IDEC assure une synthèse aux mêmes périodes et recueille l'expérience patient. Des Patient-Reported Outcome Measures (PREMS) ciblés hygiène des mains sont déployés une fois par an ainsi que des Patient-Reported Outcome Measures (PROMS) validés pour une période test en juin. La bientraitance se décline dans les valeurs de l'HAD : charte, cartographie des risques de maltraitance, formations, affiches, N°maltraitance, quizz bientraitance en 2013, fiche information dans le dossier chevet du patient... L'accès aux soins aux personnes vulnérables est facilité, des ressources sont à leur disposition tout au long de leur hospitalisation. Les plaintes et réclamations font l'objet d'une procédure, d'un tableau de suivi et d'une communication à la CDU, à la CME et aux équipes concernées. L'accès du patient à son dossier est organisé. Deux représentants des usagers (membre et suppléant) de l'association "Que Choisir" participent aux instances règlementaires et au CLUD. Ils sont également représentants des usagers au centre hospitalier spécialisé Bel AIR, à différents CH du CHINA. Ceci favorise des actions de Benchmarking. Le projet des usagers n'est pas en place. La gouvernance fait preuve de leadership et fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique Qualité et Gestion des Risques est définie. Elle est pilotée par un comité de pilotage qualité qui élabore son programme en lien avec les instances. Les orientations sont fondées sur l'analyse de l'ensemble des données (questionnaires de satisfactions, EPP, EIG, CREX, groupes de travail...) et sont présentées aux différentes instances dont la CDU qui a lieu tous les trimestres. Les professionnels sont informés par divers canaux : communication directe avec la cadre de santé et les IDEC, documentation sur le portail informatique, réunions qualité avec le qualicien tous les 15 jours. Par ailleurs, des référents qualité sont désignés et chaque professionnel a une journée dédiée qualité par mois. Ces journées s'organisent par thématique (douleur, contention, IQSS..) autour de la connaissance des protocoles, des révisions des procédures, d'élaboration de fiches actions et de la création d'outil. Cependant, l'enquête culture sécurité n'a pas pu être exploitée du fait du faible retour. Elle est en cours de renouvellement. La gouvernance porte une vigilance dès le recrutement sur les compétences attendues par rapport à l'activité du service, les soins réalisés, les matériels disponibles. Un livret d'accueil du nouvel arrivant est déployé par la Mutualité Française. Les nouveaux professionnels sont doublés 15 jours et prennent connaissance de tous les postes de l'HAD. Puis, les nouveaux soins sont assurés en binôme. Il n'y a plus de recours à l'intérim du fait de la spécificité de l'établissement, en cas de besoin un recours aux infirmiers libéraux est privilégié. Les managers bénéficient de temps de formations (temps d'accompagnement par l'ANAP sur la construction des cycles de travail, formation management à l'excellence relationnelle). Le travail en équipe est impulsé et soutenu par la gouvernance. Il est au cœur des pratiques professionnelles avec des temps de réunions pluriprofessionnelles : transmissions ciblées quotidiennes, réunions hebdomadaires médecins coordonnateurs et IDEC, mensuelles médecins

coordonnateurs et ensemble de l'équipe. La formation continue des professionnelles est une priorité (recensement des besoins de formations lors des entretiens d'évaluation annuelles ou demande venant d'un agent) mais aussi identification de formations cibles (plaies et cicatrisation, hygiène en HAD, bientraitance) lié à la spécificité et l'orientation de l'établissement. Les professionnels ne disposent pas d'un cadre opérationnel, formalisé permettant la prise en compte de questionnement éthique. L'établissement projette de se rapprocher du groupe éthique de la Mutualité Française. La politique QVT est intégrée au projet social du projet d'établissement. Cette politique n'émane pas d'une enquête de terrain mais elle a été construite dans le cadre d'un Contrat Local d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) avec l'ARS. Le point d'amélioration est l'absence d'un comité éthique. Une procédure interne et externe de résolution des conflits et un dispositif de soutien (psychologue) sont en place et connus des professionnels. La réponse aux risques potentiels est adaptée à la typologie de l'établissement et opérationnelle. Les professionnels (via les instances) ont été associés à la gestion de la crise sanitaire et connaissent le plan blanc et les modalités d'alerte qui sont diffusées sur le portail informatique. La cellule de crise est opérationnelle. Des dotations d'urgence sont en place. Un exercice de cyber attaque a été organisé. L'accès à l'établissement est protégé par badge. Une politique développement durable, intégrée au projet d'établissement, est définie. Un comité est en place et un référent désigné. De nombreuses actions sont développées : bilan carbone, véhicules hybrides, mise en place de led, tri des déchets au domicile avec l'information aux patients... La gouvernance encourage les équipes à s'impliquer et à s'orienter vers une culture de la sécurité et de l'amélioration des soins. Les professionnels rencontrés se sont appropriés l'exploitation des indicateurs, des évaluations, des événements indésirables. La diffusion des bonnes pratiques est favorisée par la consultation du logiciel de gestion documentaire complet et connu des professionnels. Le recueil, l'analyse et l'exploitation des indicateurs qualité, complétés par l'exploitation des événements indésirables, sont pris en compte pour entretenir cette dynamique. Le programme d'amélioration de la qualité est alimenté du point de vue du patient. Il intègre bien des actions d'amélioration issues de l'analyse des différents questionnaires et audits réalisés auprès des patients. Les professionnels connaissent les événements indésirables et les presque accidents de leur secteur. Les événements indésirables sont déclarés sur le portail de signalement, analysés en temps réel par les responsables qualité et un retour est assuré auprès des déclarants. Les EI sont repris lors des différentes réunions avec les IDEC médecins et qualitatif. Les professionnels participent aux réunions d'analyse de causes profondes (méthode Orion) et les patients sont informés en cas de dommages. Les instances (CLIN, CLUD, CDU, COMEDIMS) suivent et analysent les indicateurs portant sur leur domaine de compétence. Une présentation régulière de l'ensemble de ces résultats est réalisée auprès de la CME et de la CDU. Toutefois, les recommandations faites par les RU sont méconnues des professionnels. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : ? Assurer une meilleure coordination entre les professionnels de l'HAD et les professionnels libéraux ; Assurer une décision médicale et une réévaluation, tracées, à l'ensemble des décisions de mise en contention ; Assurer la traçabilité de l'ensemble des actes, médicaux comme paramédicaux ; Encourager les professionnels à tracer toutes les informations directement dans le DPI ; Elaborer un bilan thérapeutique afin de faciliter la sortie d'hospitalisation des patients ; Former les professionnels aux risques iatrogènes et à l'information des patients à ce sujet.

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	080011224	GCS ES HAD DES ARDENNES	45 AVENUE MANCHESTER 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE
Établissement géographique	080011257	GCS ES HAD DES ARDENNES SITE RETHEL	12 RUE HENRIONNET 08400 VOUZIERES FRANCE
Établissement principal	080011265	GCS ES HAD ARDENNES SITE CHARLEVILLE	57 COURS ARISTIDE BRIAND 08000 CHARLEVILLE MEZIERES FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	QVT & Travail en équipe		
2	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
3	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
5	Audit système	Leadership		
6	Audit système	Coordination territoriale		
7	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL > NA
8	Audit système	Dynamique d'amélioration		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
12	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
13	Audit système	Entretien Professionnel		

14	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
15	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
16	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Maladie chronique Médecine Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
19	Audit système	Engagement patient		
20	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
23	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
24	Audit système	Représentants des usagers		
25	Audit système	Maîtrise des risques		
26	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
28	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
30	Audit système	QVT & Travail en équipe		

31	Audit système	Leadership		
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
33	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
35	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
36	Audit système	Dynamique d'amélioration		
37	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
38	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Audit système	Représentants des usagers		
41	Audit système	Engagement patient		

42	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NON APPLICABLE
43	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
44	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
45	Audit système	Maitrise des risques		
46	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
47	Audit système	Coordination territoriale		
48	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
49	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
51	Audit système	Entretien Professionnel		
52	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
53	Audit système	Entretien Professionnel		
54	Parcours traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé	

			Tout l'établissement	
55	Parcours traceur		Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
56	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

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

