



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CH DE RODEZ- CH
ETIENNE RIVIE - CH
DU VALLON - CHI
ESPALION**

Centre hospitalier de rodez
Hôpital jacques puel
12027 RODEZ



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	7
Les évaluations réalisées pendant la visite	8
La décision	9
Les résultats	10
Les résultats des critères impératifs et avancés	11
Chapitre 1 : Le patient	15
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	15
Synthèse du chapitre 1	16
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	18
Objectif 1.2 : L'information du patient	19
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	20
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	22
Chapitre 2 : Les équipes de soins	23
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	23
Synthèse du chapitre 2	24
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	27
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	29
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	31
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	33
Chapitre 3 : L'établissement	35
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	35
Synthèse du chapitre 3	36
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	39
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	40
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	42
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	43

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

CH DE RODEZ- CH ETIENNE RIVIE - CH DU VALLON - CHI ESPALION	
Adresse	Centre hospitalier de rodez Hôpital jacques puel 12027 RODEZ Cedex 9 FRANCE
Département / Région	Aveyron / Occitanie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	120780093	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT GENIEZ D'OLT	Rue rivie 12130 Saint-Geniez-D'Olt FRANCE
Établissement géographique	120786074	USLD CENTRE HOSPITALIER DE SAINT GENIEZ D'OLT	Rue rivie 12130 Saint-Geniez-D'Olt FRANCE
Établissement géographique	120000088	CENTRE HOSPITALIER ETIENNE RIVIE	Rue rivie 12130 Saint Geniez D'Olt FRANCE
Établissement juridique	120780481	CENTRE HOSPITALIER - RESIDENCE DU VALLON	Cougousse 12330 Salles La Source FRANCE
Établissement géographique	120000237	CENTRE HOSPITALIER DU VALLON	Cougousse 12330 Salles La Source FRANCE
Établissement juridique	120780101	CENTRE HOSPITALIER JEAN SOLINHAC ESPALION	Rue soeur marie caton 12500 Espalion FRANCE
Établissement géographique	120000096	HOPITAL INTERCOMMUNAL ESPALION-SAINT LAURENT D'OLT	Rue soeur marie caton 12500 Espalion FRANCE
Établissement juridique	120780044	CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ	Avenue de l'hopital 12000 Rodez FRANCE

Établissement principal	120000039	GHT DU ROUERGUE - CENTRE HOSPITALIER JACQUES PUEL DE RODEZ	Centre hospitalier de rodez Hôpital jacques puel 12027 RODEZ Cedex 9 FRANCE
Établissement géographique	120786959	UNITE SOINS LONGUE DUREE OLEMPs CH RODEZ	Boulevard des peyrieres 12510 Olemps FRANCE
Établissement géographique	120783188	LES PEYRIERES ANNEXE DU CENTRE HOSPITALIER DE RODEZ	Boulevard des peyrieres 12510 Olemps 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
 Chirurgie et interventionnel
 Maternité
 Radiothérapie
 SAMU-SMUR
 Santé mentale et psychiatrie
 Soins critiques
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 Urgences

Population
 Enfants et adolescents
 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 **10** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **17** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **29** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 2 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 9 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 5 acte(s) interventionnel(s)
- 4 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 2 transfusion(s) sanguine(s)
- 1 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 1 prescription(s) d'isolement
- 5 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **20** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

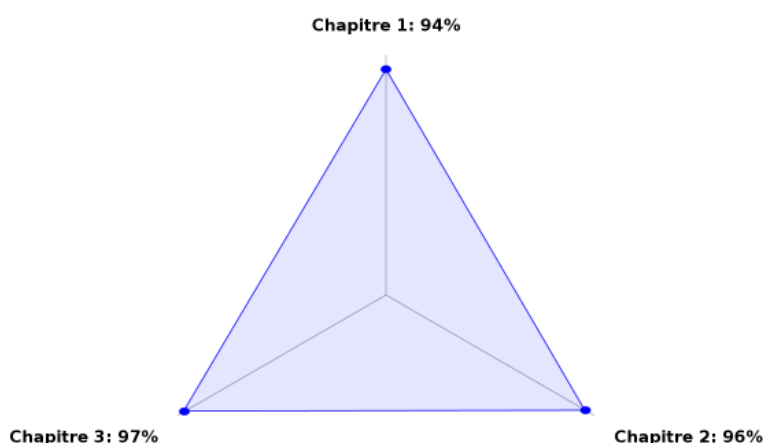
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

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

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la 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	94%
Chapitre 2	Les équipes de soins	96%
Chapitre 3	L'établissement	97%

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.

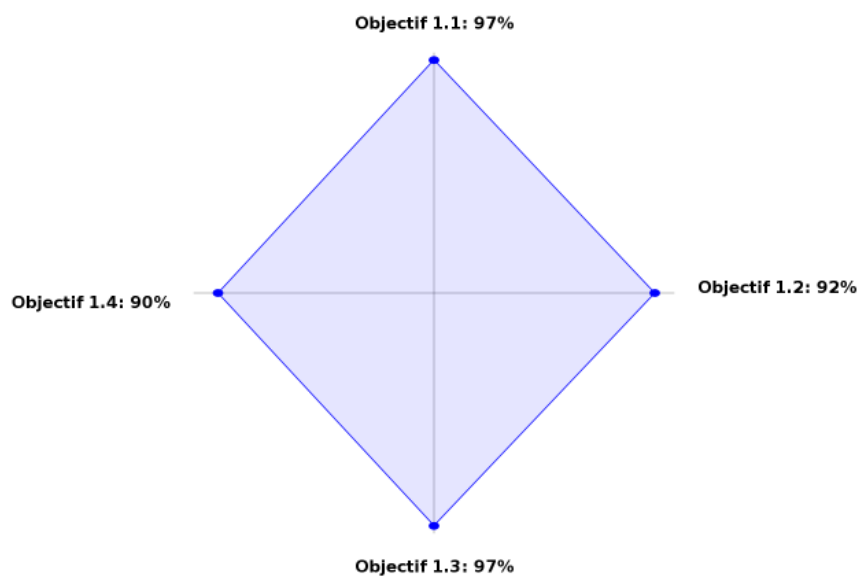
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	97%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	99%
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%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	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	93%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	98%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	50%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	98%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	97%
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	88%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	35%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	69%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	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	75%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **94%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	97%
1.2	L'information du patient	92%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	97%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	90%

Synthèse du chapitre 1

Le Centre Hospitalier de Rodez en direction commune avec le Centre Hospitalier Intercommunal d'Espalion, le Centre Hospitalier Etienne Rivie et le Centre Hospitalier intercommunal du Vallon proposent une offre des soins de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de Soins Médicaux et Réadaptation (SMR), de soins longues durées (SLD) et de pédopsychiatrie. Une attention particulière est portée à la dignité, à l'intimité, à la confidentialité des données personnelles et le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante afin de garantir ses droits fondamentaux. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté en pédiatrie et pédopsychiatrie, la présence des parents est facilitée. Pour le bloc opératoire, un parcours est dédié aux enfants notamment en salle de réveil. L'établissement dispose de nombreuses chambres individuelles permettant un respect de la confidentialité et de l'intimité du patient. Les chambres doubles sont équipées de paravents ou de rideaux. Il a été néanmoins constaté lors des observations sur le site E. Rivie que le nombre de douches est insuffisant en rapport avec le nombre de patients et leur profil. Les différents bâtiments sont accessibles et adaptés à tous les types de handicaps sauf sur le site du Vallon dont l'ascenseur principal n'est pas adapté aux déficients auditifs. Les directives anticipées sont expliquées aux patients et recueillies s'ils souhaitent les rédiger. L'établissement a mené cette démarche sur le territoire et en lien avec le comité ville hôpital. Le patient bénéficie de soins visant à soulager rapidement sa douleur avec une démarche d'évaluation et de réévaluation par des échelles adaptées aux capacités du patient. L'établissement a développé des techniques non médicamenteuses (techniques de rééducation, thermothérapie...). Du point de vue du patient, les prises en charge sont bientraitantes et tiennent compte de son autonomie. Une charte de bientraitance est accessible à tous dans la gestion documentaire. Elle promeut les bonnes pratiques. La prise en charge des maltraitements externes est organisée par une procédure formalisée, incluant la protection du lanceur d'alerte, connue des professionnels. Cependant, l'établissement ne recense pas annuellement les potentielles situations et ne réalise pas de présentation en Commission des Usagers (CDU). L'accès au dossier du patient est organisé et suivi par l'établissement, avec un accompagnement si nécessaire ; les délais sont respectés. La prise en charge des défunts est respectueuse sur l'ensemble des sites, incluant les proches, les équipes connaissent les modalités.

Dès son accueil, le patient et/ou ses proches sont informés des modalités de déroulement du séjour et de leurs droits par la remise d'un livret d'accueil différent selon la modalité d'hospitalisation ou le site concerné, ainsi que par l'équipe soignante. Si le patient est admis en urgence, il n'a pas toujours été informé du délai de prise en charge. Le patient reçoit tout au long de son hospitalisation les informations nécessaires sur sa pathologie, ses traitements mis en place, les soins programmés en particulier de rééducation. Il bénéficie d'un bracelet d'identification et en connaît les objectifs. Ils ne connaissent pas tous le dossier médical partagé (DMP) et son utilisation. Le patient peut également bénéficier de l'utilisation d'un coffre situé dans chaque chambre pour la sécurisation des effets personnels. Pour les événements indésirables (EI) associés aux soins investigués, les patients avaient été informés. La préparation de la sortie est une réelle préoccupation en lien avec les partenaires et une visite à domicile peut avoir lieu si besoin. L'établissement a mis en place un affichage et des informations sont réalisées sur le représentant des usagers (RU), néanmoins certains patients rencontrés ne le connaissaient pas. Si le patient bénéficie de la pose d'un dispositif médical implantable, il est informé en amont et après la pose. Le patient n'est pas toujours informé de l'évolution de son traitement notamment parce que la

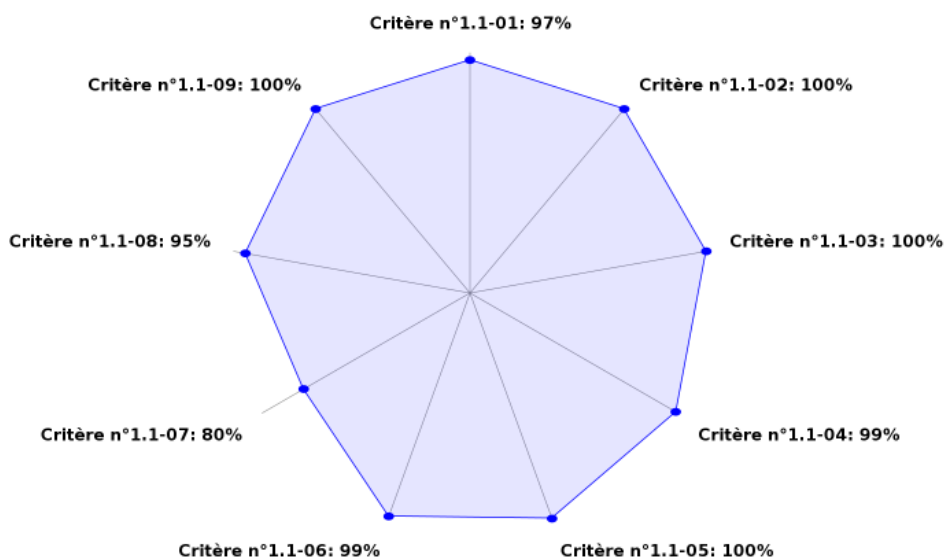
lettre de liaison ne reprend pas systématiquement le comparatif avant / après l'hospitalisation.

Tout au long de son hospitalisation, le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités de mise en œuvre. En cas d'impossibilité de sa part, la personne de confiance est désignée. Un flyer a été formalisé pour expliquer le principe aux patients. Une évaluation pluridisciplinaire est réalisée pour les patients dès leur admission. Un projet de soins est par la suite proposé au patient, retrouvé dans tous les dossiers consultés ainsi que le consentement des patients. Les bénéfices-risques des soins sont expliqués au patient. Le patient et ses proches ne sont pas toujours informés des risques iatrogènes. Tout au long de son séjour, ses besoins spécifiques sont pris en compte de même que ses attentes et préférences. Au regard des spécialités développées, l'adaptation au handicap est une préoccupation du quotidien. Il existe des consultations spécialisées sur le handicap sur le territoire et un parcours dentaire notamment pour les enfants porteurs d'un handicap mental. Pour les mineurs, ils bénéficient du maintien des liens sociaux et scolaires. Le patient bénéficie d'une information adaptée, notamment par l'affichage de messages de santé publique (grippe, chutes...). L'évaluation systématique des capacités et aptitudes du patient concourt au maintien de son autonomie tout au long du séjour (intervention des différents professionnels qui évaluent cette autonomie). Un accompagnement est mis en place également pour les patients en situation de précarité par le service social et un relais est possible sur des structures spécifiques pour l'enfance en danger ou les violences intrafamiliales, la permanence d'accès aux soins et les structures du département sur le handicap.

L'implication des patients et des représentants des usagers (RU) est recherchée par la gouvernance autant dans les instances que dans la vie de l'établissement. Sur chaque établissement de la direction commune, les RU participent à la définition de la politique de l'établissement. Un projet des usagers a été formalisé. Les usagers contribuent à la politique en matière d'accueil et de prise en charge et donnent leur avis sur les différents projets (rénovation de l'accueil du Vallon). Les CDU sont informées des événements indésirables (EI) graves et des enquêtes de satisfaction notamment autour des pistes d'amélioration. Les patients sont incités à participer aux enquêtes internes et à E-Satis, les résultats sont suivis par l'établissement. Il existe des enquêtes de satisfaction spécifiques (envoi de SMS en imagerie médicale et appels téléphoniques aux urgences). Le Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins (PAQSS) intègre les actions de la CDU. Les patients rencontrés ne savent pas toujours qu'ils peuvent signaler un EI ou avoir recours à un médiateur. L'établissement promeut l'expérience patient au quotidien et il existe des secteurs développant l'expertise (hémodialyse : 3 patients experts sur les différentes méthodes – médecine infectieuse sur le VIH). Il n'y a pas de participation des patients aux démarches d'amélioration des pratiques même si la réflexion est en cours. Il y a un partage des résultats de la satisfaction des patients sur l'ensemble des services. L'expérience des patients sur leur maladie et leur état de santé est prise en compte pour adapter les parcours et les traitements.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

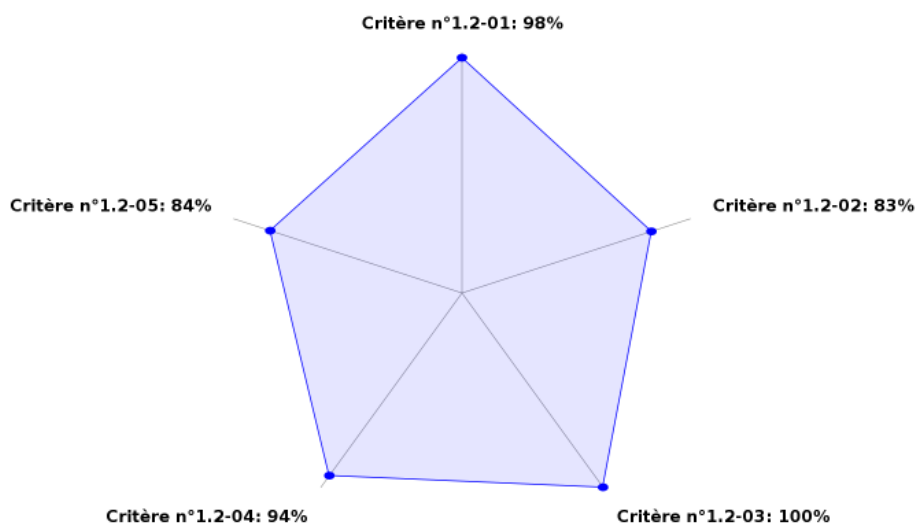
Score de l'objectif **97%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	97%
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	99%
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	99%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	95%
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

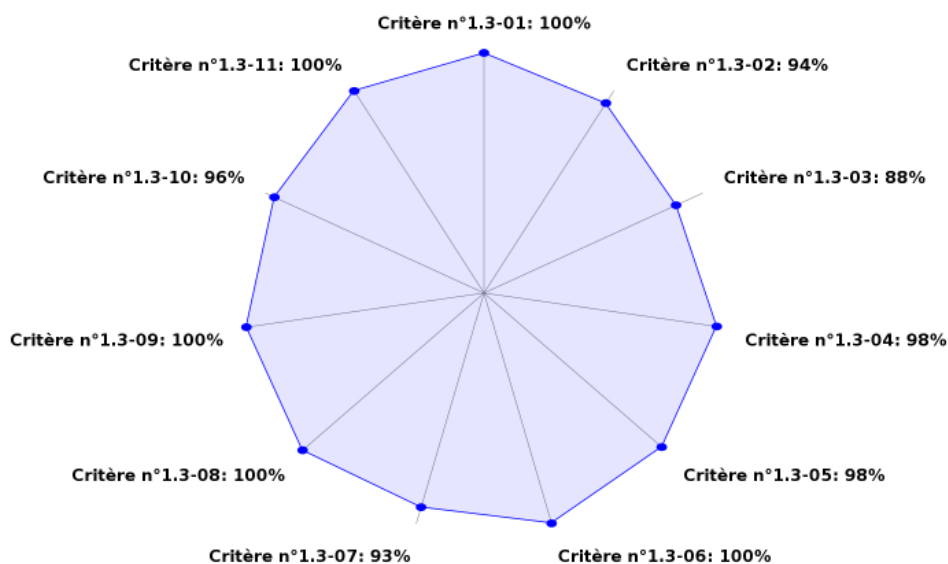
Score de l'objectif **92%**



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	83%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	94%
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.	84%

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

Score de l'objectif **97%**

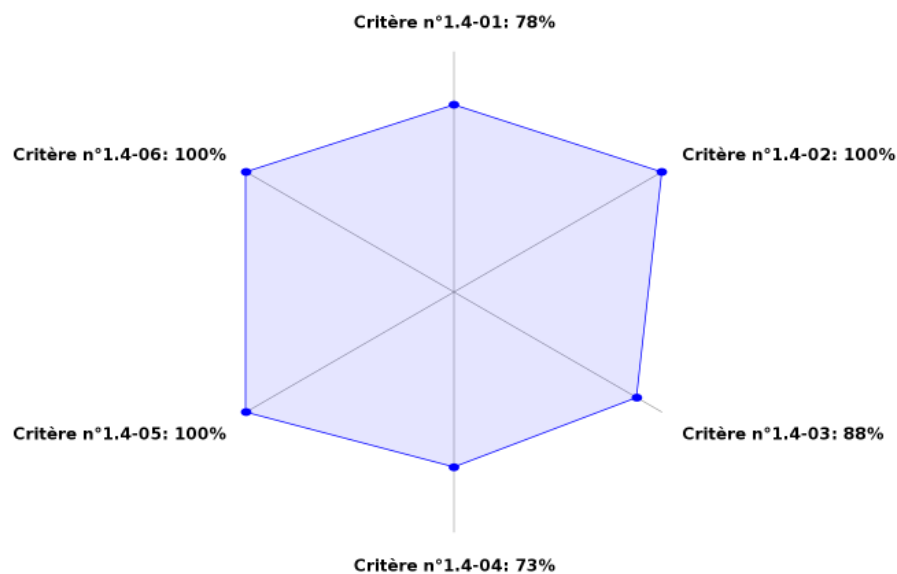


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	94%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	88%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	98%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	98%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	93%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	100%

1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	96%
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 **90%**

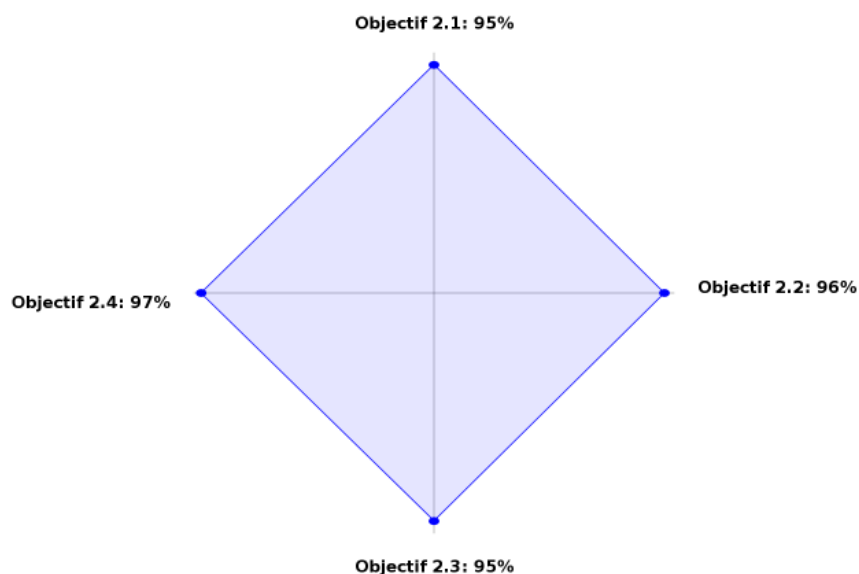


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	78%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	88%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	73%
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 **96%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	95%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	96%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	95%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	97%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de son parcours. Il existe des infirmières coordinatrices, notamment en SMR ou en chirurgie, permettant une sécurisation des parcours. Sur la pédopsychiatrie en ambulatoire, le médecin généraliste n'est pas informé par une lettre de liaison. La coordination de la prise en charge est tracée au sein du dossier patient alimenté par chaque professionnel au décours d'un soin ou d'une prise en charge ainsi que lors des staffs réguliers en présence des différents intervenants. La transition entre l'adolescence et l'âge adulte est assurée en pédiatrie et en pédopsychiatrie. En psychiatrie, l'accès aux soins est organisé, le passage à l'acte suicidaire est évalué et le bilan somatique est réalisé dans les 24h. Les équipes de soins peuvent faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise tant en interne qu'en externe (infectiologie, douleur, soins palliatifs...). Des interventions complémentaires de bilan nutritionnel et de soutien psychologique sont mis en place durant la prise en charge. L'établissement a identifié les profils de patients à inclure pour la conciliation médicamenteuse. Pour le site de Rodez, la conciliation est engagée pour l'Unité de Gériatrie Aîgue depuis mars 2025 (+ de 75 ans, polymédication, mode d'entrée urgence), uniquement en conciliation d'entrée. Il en est de même sur le site de E. Rivie. Sur Vallon, la conciliation est réalisée sur les entrées venant de la chirurgie traumatologique. Sur Espalion, la conciliation d'entrée est engagée et programmée depuis 2024 selon profil et critères de priorisation définis. C'est le seul site à réaliser l'évaluation et la correction de la pertinence des activités de conciliation. La démarche palliative est réalisée soit au sein du service soit par la structure spécialisée en soins palliatifs, avec une analyse de chaque situation. Sur les secteurs interventionnels, les équipes se coordonnent conformément à la charte de bloc opératoire. L'accompagnement à la parentalité est une préoccupation des équipes de maternité : formalisation du projet de naissance, proposition de séances de préparation, identification des vulnérabilités et réalisation des entretiens pré et postnataux. Le transport intra hospitalier des patients est assuré soit par un professionnel dédié soit par les professionnels des secteurs, le rythme est adapté et le patient informé. Une lettre de liaison est émise le jour de la sortie du patient, versée au Dossier Médical Partagé (DMP) et conforme aux attendus dans la majorité des cas.

Tout patient admis est porteur d'un bracelet d'identification permettant d'assurer son identification fiable à toutes les étapes de sa prise en charge. La gestion de l'identité primaire est réalisée par les admissions et une cellule d'identitovigilance est active. Les équipes connaissent cette cellule mais ne déclarent pas systématiquement les non-conformités. Il existe une pharmacie à usage interne sur chaque site. Le site de Rodez réalise la préparation en atmosphère contrôlée en respectant toutes les exigences attendues. Les pharmaciens réalisent une analyse pour l'ensemble des prescriptions. Le circuit du médicament est conforme avec des modes de délivrances différents et des transports sécurisés. Les prescriptions sont conformes. Les équipes maîtrisent l'administration du médicament avec des formations régulières et des audits. Les erreurs médicamenteuses sont signalées et des analyses sont réalisées par les équipes. Le respect des précautions standard fait partie des moyens permettant d'assurer la sécurité de la prise en soin des patients, il a été constaté un strict respect du zéro bijou. Il existe une équipe hygiène et des référents hygiène au sein de l'établissement qui portent le sujet et réalisent des audits. Les professionnels rencontrés connaissent les situations nécessitant la mise en œuvre de précautions complémentaires. Ils maîtrisent également les modalités de cette mise en œuvre, un isolement de type « gouttelettes » ayant pu être observé au cours de la visite. Les

équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs. Les transfusions sont réalisées sur le site de Rodez (plus de 4200 produits en 2025), le process transfusionnel est maîtrisé notamment sur les pratiques et le suivi des pertinences néanmoins il n'y a pas eu de formation à la transfusion depuis 2019. Trois sessions de formation sont prévues en 2026. Pour l'urgence vitale interne, il existe un numéro d'appel unique et dédié connu des professionnels permettant de joindre directement la régulation du SAMU. Le matériel est adapté et vérifié régulièrement et les professionnels sont formés à l'AFGSU. Tous les secteurs des établissements n'ont pas réalisé d'exercices de mise en situation sur le sujet néanmoins un plan de déploiement est prévu en 2026 et l'établissement a réalisé un exercice sur tous les services durant la visite sur l'appel d'urgence. Les équipes maîtrisent les risques liés aux rayonnements ionisants pour la réalisation des actes et la pertinence de la prescription. La dose d'exposition est incluse dans le compte-rendu et versée au DMP sauf sur les site extérieur pratiquant la télé radiologie. Au bloc opératoire, un appareil mobile sur les deux ne transmet pas la dose d'exposition.

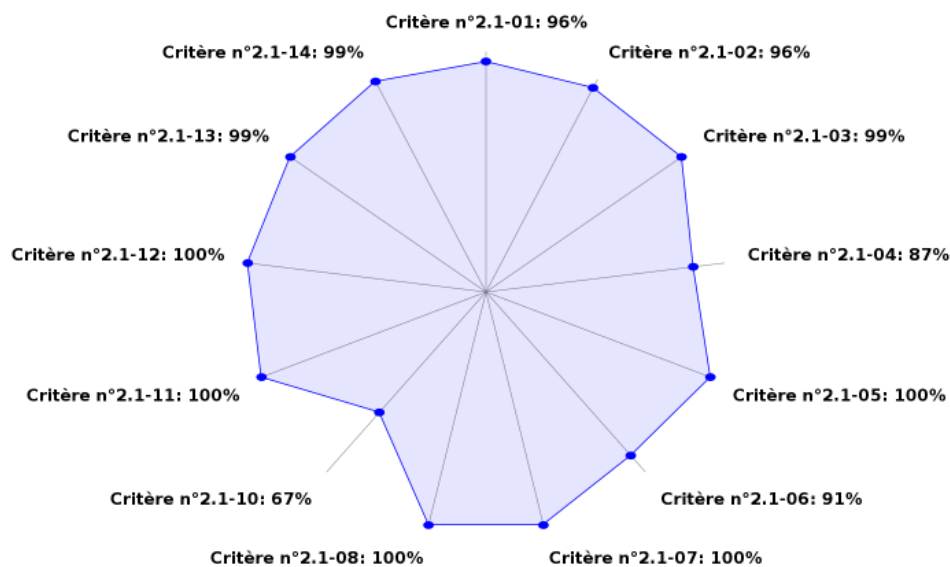
Le dossier de régulation médicale et du service médical d'urgence réanimation (SMUR) est complété et évalué. L'équipe des urgences assure une orientation dans les circuits et délais adaptés notamment au regard de la régulation intégrale des admissions. Les délais d'attente ne sont pas affichés en temps réel mais avec une estimation de l'infirmière d'accueil qui actualise un affichage en salle d'attente des accompagnants. La prise en charge anesthésique est maîtrisée et conforme aux attendus. De même, les modalités de réalisation de la check-list sont analysées. L'antibioprophylaxie est conforme aux exigences notamment en référence aux dernières recommandations. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques notamment infectieux notamment par la préparation du patient et le port d'une tenue réservée. L'activité d'endoscopie est sécurisée notamment pour la décontamination des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles. Le patient admis en chirurgie ambulatoire répond aux critères d'éligibilité et est informé des modalités. Les risques obstétricaux majeurs sont contrôlés par le matériel adapté, la formation des professionnels et le suivi d'indicateurs cliniques. De même, la prise en charge du nouveau-né est procédurée et les équipes formées. La coordination hospitalière de prélèvement d'organes ou de tissus (CHPOT) évalue ses pratiques avec les indicateurs proposés par l'Agence de la biomédecine dont les indicateurs Cristal Action et suit les recommandations du dernier audit réalisé en mars 2025. L'environnement pour les proches est adapté avec une salle d'entretiens. L'analyse de l'éligibilité au don est faite pour les patients en mort encéphalique. Les équipes savent contacter la coordination. Des formations sont organisées et l'équipe participe à différents événements afin de promouvoir le don. Un retour d'expérience structuré est réalisé après tout prélèvement d'organe. La pratique d'isolement/contention dans le secteur de pédopsychiatrie (5 lits) a été observée dans deux cas en janvier 2026 pour des jeunes adolescents de 11 à 15 ans (registre en place depuis janvier 2026) sans que l'établissement ne dispose d'autorisation de soins sans consentement. Dans les dossiers, une prescription médicale et une surveillance sont tracées. L'examen psychiatrique avant l'isolement a été réalisé. L'examen somatique a été réalisé pour un des cas sur les deux. Si l'établissement précise que la pratique est plutôt dédiée à l'apaisement, la chambre visitée est une chambre d'isolement/contention répondant au cahier des charges sans toutefois de moyen d'appel qui a été mis en place durant la visite. Cet espace d'isolement n'a pas d'accès à l'extérieur et la salle de bains n'a pas de porte ce qui expose le patient lors de l'ouverture de la chambre. Face à cet écart, le Centre Hospitalier de Rodez devant accueillir courant 2027, l'activité de Pédopsychiatrie pour les 16-18 ans actuellement pris en charge au sein du Centre hospitalier Sainte Marie de Rodez, il a revu son projet architectural et sa politique de prise en charge. Ce rapprochement

est coordonné par l'Agence Régionale de Santé qui délivrera les autorisations ad-hoc. Par ailleurs, l'établissement déclare s'inscrire dans une politique de moindre recours à ces mesures associant notamment, la formation des professionnels à la désescalade, l'aménagement d'espaces adaptés et le suivi d'indicateurs de l'activité. L'activité de radiothérapie répond aux exigences réglementaires de suivi du matériel et de prise en charge du patient. Un dispositif de reconnaissance faciale a été mis en place pour sécuriser l'identitovigilance.

Les équipes fondent leurs pratiques sur les recommandations de bonnes pratiques échangées lors des différents groupes issus de la Commission Médicale d'Etablissement (CME), de groupes de travail ou de rencontres professionnelles. Les équipes présentent des démarches d'évaluation de pratiques cliniques (évaluations de pratiques professionnelles) associant des actions d'amélioration sur de nombreux sujets (transfusion, pertinence de la voie d'administration des antalgiques, hygiène des locaux, préparation de la sortie, soins palliatifs). La prescription des antibiotiques est conforme avec une justification et une réévaluation rendues obligatoire par le DPI. Un suivi des consommations et résistances est réalisé. Les praticiens disposent d'une expertise en interne via le Service de Médecine Interne et Tropicale. Les équipes recourent à des mesures de restrictions de liberté, les contentions sont justifiées, prescrites et réévaluées avec une politique de réduction vers d'autres méthodes (bracelets anti-fugue, lit bas, activités). Les équipes sont sensibilisées aux soins éco-responsables et intègrent donc cette notion dans l'actualisation des protocoles. Les équipes ont identifié des indicateurs de pratiques surtout les indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) avec une intégration au PAQSS et un suivi en instances (exemples : ré hospitalisations ou taux extubation en réanimation, décrochés au SAMU...). La pertinence de l'admission en SMR est évaluée en équipe pluriprofessionnelle et fait l'objet d'un questionnement régulier notamment sur les séjours longs. Les examens de biologie sont réalisés par le laboratoire accrédité COFRAC qui réalise l'analyse des pratiques sur ce sujet.

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

Score de l'objectif **95%**

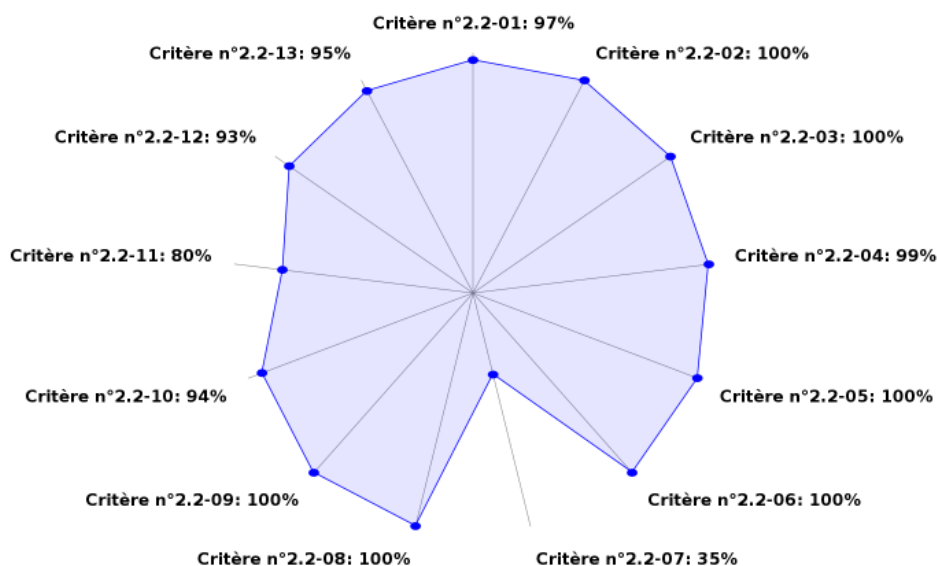


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	96%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	96%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	99%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	87%
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	91%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	100%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	67%

2.1-11	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	99%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	99%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **96%**

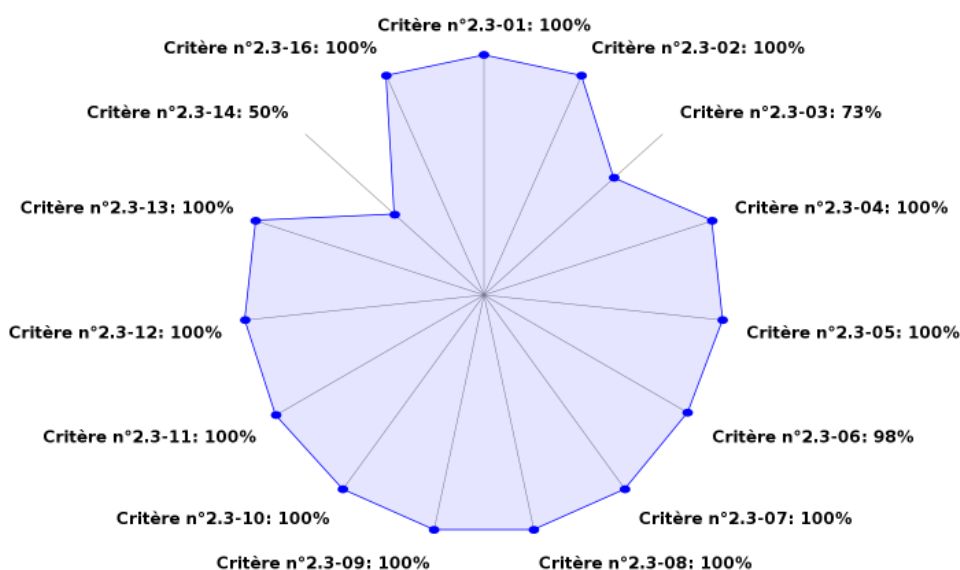


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	97%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	99%
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)	35%
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	94%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	80%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	93%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	95%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **95%**

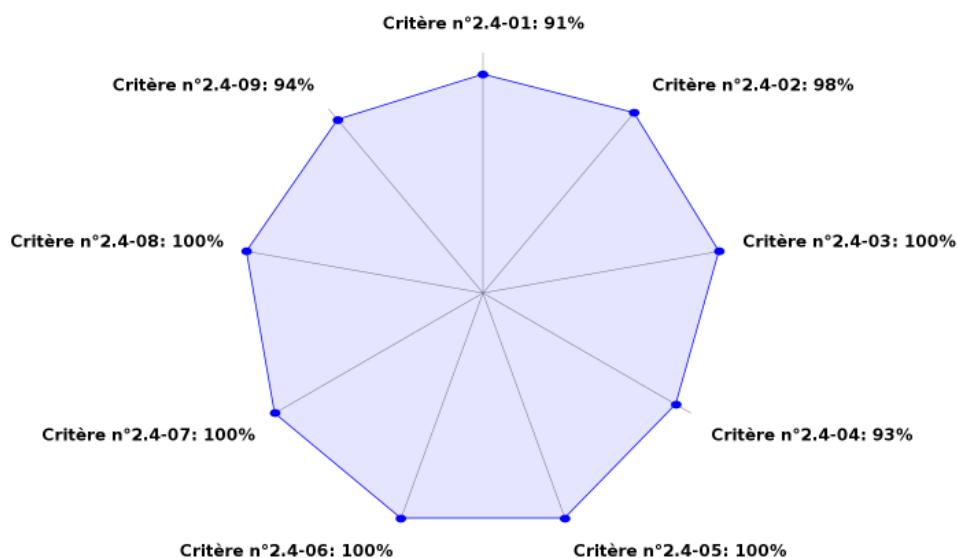


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	73%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	98%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%

2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	100%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	50%
2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	100%

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

Score de l'objectif **97%**



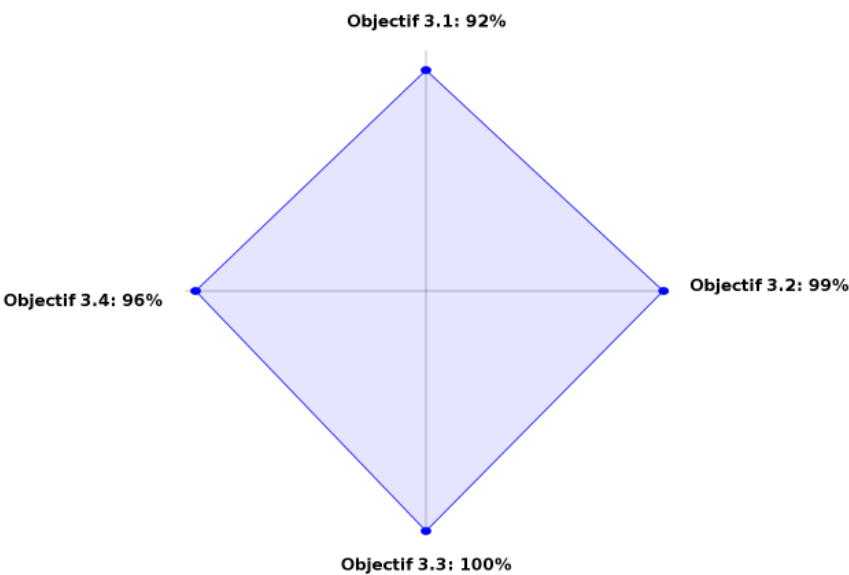
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	91%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	98%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, 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	93%
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%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	100%

2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	94%
--------	--	-----

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **97%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	92%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	99%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	96%

Synthèse du chapitre 3

Il existe un réel portage institutionnel de la démarche qualité et de la gestion des risques par un projet qualité surtout via la gouvernance, la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et la Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT). L'établissement a mis en place des groupes thématiques, au-delà des sous commissions obligatoires, et des référents identifiés. Les orientations de la politique qualité sont fondées sur les indicateurs comme les IQSS mais également sur les différentes évaluations (audits en interne ou en démarche croisée). Le Plan d'Amélioration de la Qualité et de Sécurité des Soins (PAQSS) intègre ces orientations et les préconisations des différentes évaluations, il est connu par l'encadrement et les professionnels. Les équipes sont informées sur la démarche qualité par différents moyens (publications, chambre des erreurs, Escape Game, jeu de cartes par exemple). L'établissement a réalisé une enquête de culture en 2025, démontrant un engagement des professionnels, constaté lors des rencontres et identifiant des pistes d'améliorations. Il n'existe pas de rencontres sécurité au sein de l'établissement. L'accréditation est promue par la gouvernance, un courrier a été adressé aux médecins concernés non engagés par le président de la CME et le directeur général. L'établissement a identifié les risques auxquels il est soumis et mis en place les process de maîtrise pour y répondre avec les différentes fonctions, notamment sur les situations sanitaires exceptionnelles. Il y a eu deux exercices en 2025, l'un sur l'afflux de victimes et l'autre sur la cybersécurité. La démarche éthique est portée par une commission territoriale inter-établissements de l'Aveyronnais Nord, les questionnements sont adaptés aux pratiques dans chaque secteur. Les professionnels connaissent la démarche et le moyen de porter une question notamment par les référents. Sur les établissements extérieurs, des échanges en visioconférence sont possibles. Les événements indésirables sont signalés par les équipes et analysés avec la méthode ALARM avec tous les professionnels selon la gravité. Si besoin, un signalement sur le portail de l'Agence Régionale de Santé (ARS) est réalisé (volet 1 et volet 2). La diffusion se fait via les comités de suivi des événements indésirables. Il résulte de ces analyses l'élaboration de plans d'actions qui sont communiqués à la CDU. La grande majorité des professionnels ont bénéficié d'une formation institutionnelle à l'annonce d'un dommage associé aux soins.

La continuité des soins médicaux et paramédicaux est assurée pour toutes les unités de soins. L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources médicales et paramédicales disponibles et la qualité sécurité des soins avec des dispositifs immédiats (pool de suppléance, heures supplémentaires ou intérim surtout sur les fonctions médicales). Le taux d'emploi par catégories est suivi. La majorité des services sont en 12h. Il existe un soutien de la pratique avancée (3 IPA en poste et 3 à venir) et de la délégation de tâches (5 secteurs sont concernés). Le taux d'absentéisme est suivi notamment sur la maladie professionnelle et l'accident du travail en lien avec la médecine du travail, la psychologue du travail, l'assistante sociale du personnel et la psychologue du travail. Il existe une commission de suivi pour les retours à l'emploi. Les titres professionnels sont vérifiés lors du recrutement. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée par la mise à disposition d'un livret d'accueil et une journée d'accueil pour les médecins en même temps que les internes.

Le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) est actualisé et sert à alimenter la politique qualité de vie et conditions de travail en lien avec le projet social. Il existe un volet médical également sur ce sujet porté par la CME. Les indicateurs suivis alimentent la politique

également. L'établissement a mis en place différents dispositifs pour faciliter la conciliation vie personnelle / vie professionnelle (la mobilité douce, le télétravail, la garde d'enfant, l'aide à l'installation par exemple). L'environnement de travail est sécurisé, il existe une procédure sur les actes de violence et les professionnels sont formés pour faire face à ce sujet (communication non violente, gestion agressive). Il existe un dispositif de signalement des conflits avec des référents identifiés, une procédure graduée allant jusqu'à la médiation, avec un accompagnement si besoin. Sur la simulation, elle est développée notamment via le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) en lien avec les commissions de formation (médicale et paramédicale) et une ouverture sur le territoire. Les managers sont formés et une charte managériale a été formalisée, la démarche de co-développement est déployée sur l'établissement. Des réunions sont organisées avec les médecins et les cadres, soit séparément, soit en commun, de façon régulière. Il existe un entretien annuel structuré pour les personnels médicaux et non médicaux avec notamment une revue des missions et des compétences et la formation. L'établissement favorise le travail en équipe notamment au regard des organisations de travail mise en place. La démarche qualité est un réel levier de cohésion d'équipe, de sens et d'appropriation des enjeux.

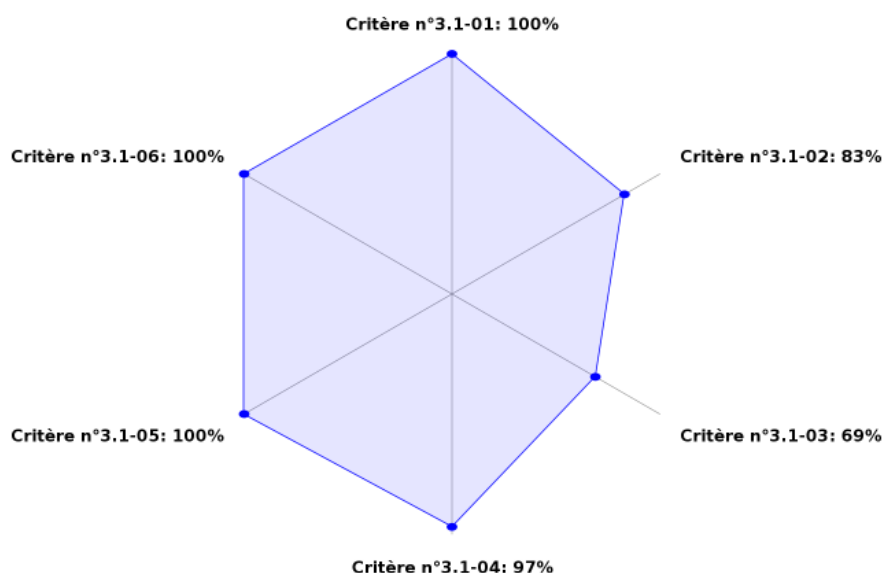
L'établissement est ancré sur son territoire. Acteur majeur de la coordination des parcours, il a identifié les partenaires adresseurs et les recours potentiels en aval des prises en charge (secteur médicosocial, EHPAD, SMR, HAD) sur la direction commune, le GHT et plus largement notamment via l'association des hôpitaux d'Occitanie ouest (H2O) portée par le CHU de Toulouse. Il existe un lien fort avec la médecine de ville notamment via des comités ville hôpital (5 en 2025) mais également par une participation à l'activité des médecins de ville sur les différents sites. Les urgences sont en accès régulé, des circuits courts existent avec un contact direct avec le spécialiste pour éviter les passages aux urgences notamment des personnes âgées. Il existe un suivi des potentiels événements indésirables signalés par les médecins adresseurs au SAMU. La télé-expertise et les téléconsultations existent et sont encadrées, participant à la même démarche. L'équipe mobile gériatrie permet d'éviter les passages aux urgences avec une diminution du taux d'hospitalisations. Il existe une démarche de Bedmanagement sur le territoire avec suivi des situations complexes en lien avec la ville notamment le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC). Sur le département, l'établissement est recours pour la cardiologie et la neurologie notamment. Il existe des équipes médicales territoriales ou des offres de consultations avancées. L'établissement participe au Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) en lien avec le Centre Hospitalier Spécialisé St Marie de Rodez sur son champ d'activité, la pédopsychiatrie, et un projet majeur de reprise de l'activité des 16/18 ans. Les établissements sont aisément joignables tant par les usagers que les professionnels correspondants. L'établissement promeut la recherche clinique et a engagé de nombreux projets portés par la direction de la recherche clinique et une équipe de 3 assistants de recherche clinique (ARC). L'établissement est engagé dans des missions universitaires en lien avec les trois Centres Hospitaliers Universitaires (Toulouse, Clermont Ferrand et Montpellier). Il accueille des internes, des externes et des étudiants en santé assurant un suivi de la satisfaction.

Les différents établissements sont propres, avec un plan de maintenance notamment pour les locaux plus anciens et une politique de rénovation. Le site des Peyrières nécessite des travaux de rénovation non réalisés faute de budget. L'établissement a formalisé un plan d'entretien, suit les rapports des contrôles et le service technique est certifié ISO 9001 et 5001. Le développement durable est imprégné dans l'établissement avec une réflexion de longue date et un déploiement opérationnel dans tous les

secteurs, y compris sur le domaine des soins éco-responsables. Il existe une politique d'achats éco-responsables, un suivi des consommations énergétiques et des plans d'actions d'amélioration. Le tri des déchets est en place avec 30 filières et des actions tant sur la réduction que sur la valorisation (deuxième vie du matériel). Le programme Green Bloc est déployé avec, par exemple, une action sur le fonctionnement réduit des centrales de traitement de l'air (baisse de la moitié de consommation). Les pharmaciens ont porté une démarche sur le médicament (alternative de l'intraveineux du paracétamol en per os a permis de réduire d'une tonne les déchets produits, proposition de seringues pré-remplies pour les antidotes, gestion de l'acide en hémodialyse, questionnement de la prescription de statines ou inhalateurs). Il existe des informations et des formations sur le sujet.

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

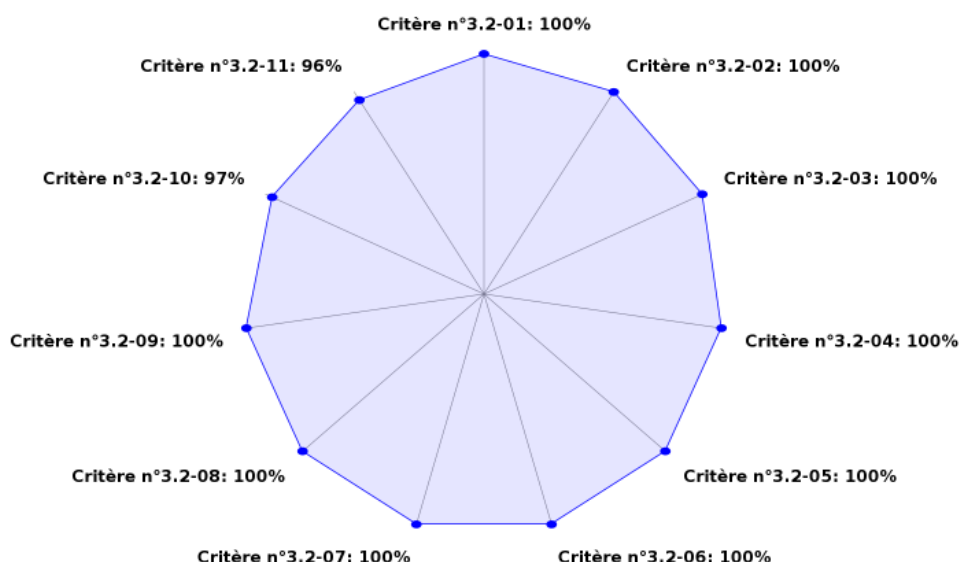
Score de l'objectif **92%**



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	83%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	69%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	97%
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 **99%**

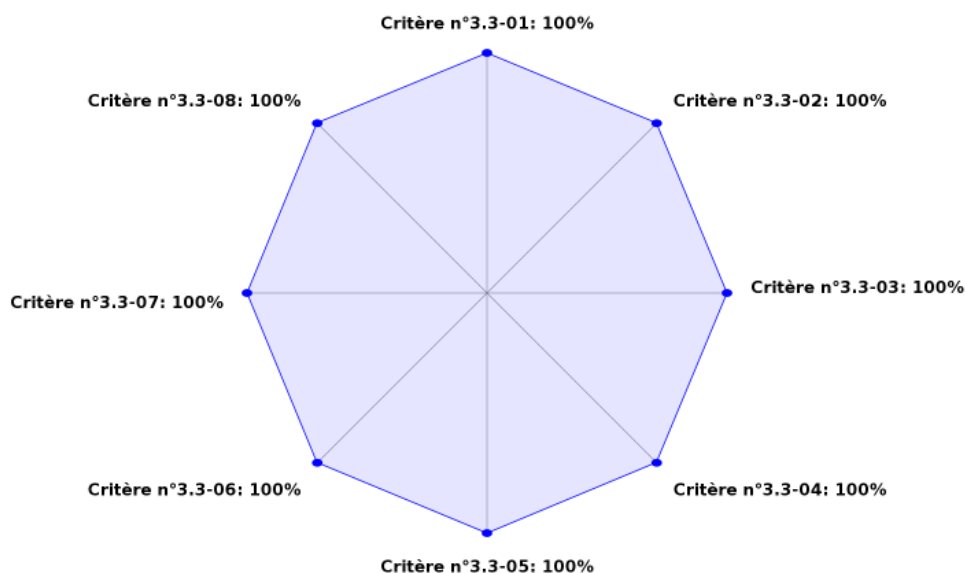


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	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	97%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	96%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

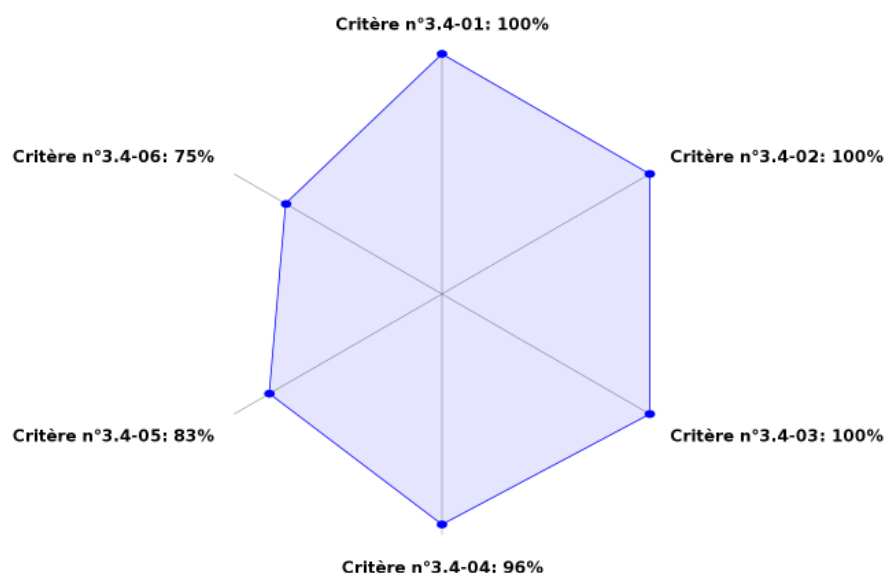
Score de l'objectif **100%**



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%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	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	100%
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 **96%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
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	96%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	83%
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	75%

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

