



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER
SAINTE MARIE DU
PUY EN VELAY**

Route de montredon
Bp 21
43001 Le Puy En Velay



Validé par la HAS en Janvier 2026

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 – Janvier 2026

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	14
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	14
Synthèse du chapitre 1	15
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	28
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	30
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	32
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	33
Chapitre 3 : L'établissement	34
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	34
Synthèse du chapitre 3	35
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	40
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	41
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	43
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	44

Préambule

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

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

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

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

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DU PUY EN VELAY	
Adresse	Route de montredon Bp 21 43001 Le Puy En Velay FRANCE
Département / Région	Haute-Loire / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES FRANCE
Établissement principal	430000026	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DU PUY EN VELAY	Route de montredon Bp 21 43001 Le Puy En Velay FRANCE
Établissement géographique	430007625	HOPITAL DE JOUR / CMP ADULTE MONISTROL	Av du general de gaulle 43120 Monistrol-Sur-Loire FRANCE
Établissement géographique	430007088	HOPITAL DE JOUR ADULTE /CMP BRIOUDE	Rue veyseyre 43100 Brioude FRANCE
Établissement géographique	430006528	HOPITAL DE JOUR /CMP LES CARMES	4 rue des carmes 43000 Le Puy-En-Velay FRANCE
Établissement géographique	430006148	HOPITAL DE JOUR L'ETRIER	Rue de corsac 43700 BRIVES CHARENSAC FRANCE
Établissement géographique	430008938	HDJ / CMP ENFANT MONISTROL	Avenue du general de gaulle 43120 MONISTROL SUR LOIRE FRANCE
Établissement géographique	430008920	HDJ / CMP ENFANT BRIOUDE	Rue veyseyre 43100 BRIOUDE FRANCE

Établissement géographique	430007419	CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE	Route de montredon 43001 Le Puy-En-Velay 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
 Electroconvulsivothérapie
 Santé mentale et psychiatrie
 Soins de longue durée

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



Évalué **9** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **16** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **15** 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 :

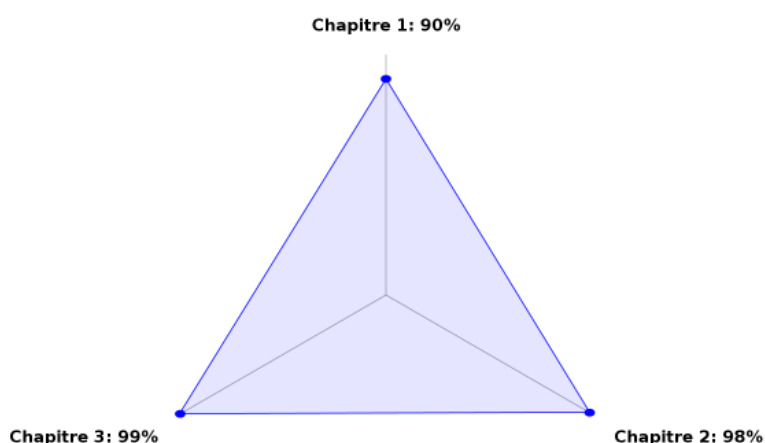
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	90%
Chapitre 2	Les équipes de soins	98%
Chapitre 3	L'établissement	99%

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.

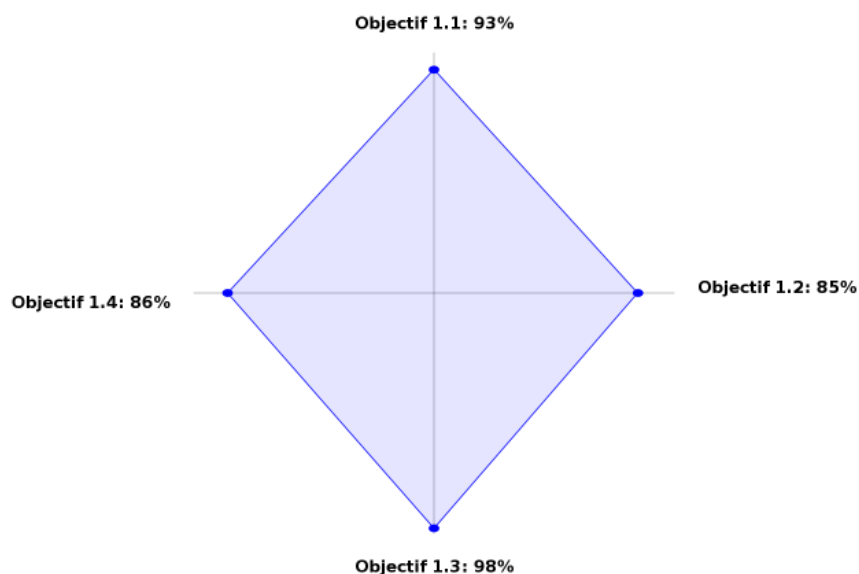
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	97%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	92%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	98%
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	97%
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.	88%
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	85%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	67%
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	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	93%
1.2	L'information du patient	85%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	86%

Synthèse du chapitre 1

Les patients rencontrés déclarent que les conditions d'accueil, d'organisation des soins et que les pratiques professionnelles, garantissent le respect de leur dignité et de leur intimité ainsi que la confidentialité des informations les concernant au cours de leur prise en charge dans la totalité des secteurs d'activité en intra hospitalier et en extra hospitalier quelle que soit la prise en charge. Cependant, l'établissement a identifié la nécessité d'humaniser certains secteurs d'activité situés dans les anciens bâtiments en les dotant d'une offre hôtelière garantissant l'intimité, la dignité et la sécurité du patient lors de sa prise en charge. Dans ces secteurs, les équipes soignantes ont le souci de compenser l'état des locaux par une adaptation constante de leurs pratiques toujours bienveillantes. A court terme, l'établissement dispose d'un programme de maintenance préventive et curative de ces locaux et d'un programme d'achat de matériel auxquels ont été intégrées des actions correctives rapides pour maîtriser nos constats et plus particulièrement en Unité de Soins de Longue Durée. Enfin, l'établissement dispose d'un schéma directeur immobilier de reconstruction et de réhabilitation de ses bâtiments anciens défini avec la participation des équipes de soins et intégrant la dimension de transition écologique pour un montant de 35 millions d'euros en cours d'instruction par l'Agence Régionale de Santé dans le cadre d'une aide à l'investissement Ségur. La réalisation effective de ce schéma permettra définitivement de moderniser chaque service et ainsi de disposer de locaux en adéquation avec les attendus actuels. Les accès aux bâtiments sont adaptés à tous les types de handicaps et l'accessibilité des patients présentant tous types d'handicaps est visée par tous les projets de réhabilitation du schéma directeur immobilier. Même si l'établissement dispose d'un service d'hospitalisation de pédopsychiatrie pour les 9-17 ans, les quelques patients jeunes adultes encore mineurs hospitalisés en service adulte bénéficient toujours d'un environnement adapté avec un projet de prise en charge et des activités thérapeutiques spécifiques. Dans le service de pédopsychiatrie de « l'envolé » en hospitalisation complète et en extra hospitalier, les équipes sont régulièrement formées à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent et les préoccupations sociales, éducatives et scolaires de l'enfant. Le maintien du lien familial reste une priorité du projet de soins personnalisés. L'avis de l'enfant ou de l'adolescent sur son projet de soins est recherché et pris en compte. Une maison des adolescents, guichet unique de réponse pour l'adolescent en difficulté, permet l'accompagnement de cette population fragile. La vulnérabilité du jeune adulte est donc maîtrisée quand cela est nécessaire.

Les professionnels respectent les bonnes pratiques de confidentialité des informations du patient intégrées au Dossier Patient Informatisé (DPI) et connaissent le dispositif institutionnel de suivi des connexions illégitimes au DPI et les sanctions déployées le cas échéant.

Les patients déclarent que les pratiques professionnelles sont bienveillantes et que les équipes prennent en compte leurs demandes spécifiques. Les équipes rencontrées maîtrisent la déclaration des maltraitances internes et externes et en mesurent l'enjeu compte tenu de la vulnérabilité des populations prises en charge en psychiatrie. Cette prise en charge bienveillante intègre également l'accompagnement de l'entourage du patient en cas de décès où le recueil des volontés est spécifié dans le dossier de soins. Les professionnels des secteurs d'activité formés à l'annonce du deuil et aux différentes démarches administratives déclarent informer le médecin traitant de patient.

Le patient bénéficie de façon générale de soins visant à évaluer et à soulager sa douleur et il est incité à s'exprimer sur le sujet à l'aide d'une échelle de suivi qui est adaptée à toutes les formes de handicaps

et à tous les âges. Chaque secteur d'activité suit dans le cadre des indicateurs cliniques celui sur la réévaluation de la douleur connu des équipes. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches médicamenteuses mais aussi comportementales (cryothérapie, sophrologie, entretien...).

Dès son premier contact avec les professionnels du Centre Hospitalier de Sainte Marie, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son séjour, sur son état de santé, sur sa prise en charge et sur l'organisation de ses soins tout au long de son hospitalisation grâce à différents moyens de communication (entretien individuel, réunions de synthèse clinique, rencontre avec les familles...). Les patients rencontrés connaissent leur diagnostic, leurs traitements et savent que l'établissement va déposer des informations au sein de leur Dossier Patient Informatisé. La préparation de la sortie du patient est bien organisée avec lui et son entourage et ses conditions de vie habituelles sont intégrées. Les patients proches de la sortie connaissent le numéro de téléphone à appeler en cas de nécessité. Une lettre de liaison est désormais systématiquement remise au patient lors de sa sortie. Cette lettre contient toutes les informations nécessaires à la continuité des soins, accompagnée des ordonnances nécessaires et est envoyée de manière dématérialisée via une messagerie sécurisée au médecin traitant du patient. En secteur ambulatoire, le patient est informé des modalités de prise en charge et dispose d'un document type « passeport patient » formalisé, présentant les informations nécessaires à la gestion de sa maladie en dehors de sa présence au centre de jour.

Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement retrouvé quelle que soit sa prise en charge. Le médecin et l'équipe soignante l'impliquent afin de définir son projet personnalisé de soins, en partageant avec lui les bénéfices et les risques. Le patient bénéficie d'actions construites tout au long de sa prise en charge pour devenir acteur face à sa maladie dans le respect des informations le concernant. Avec l'accord du patient et selon la situation, la personne de confiance dont le rôle est souvent méconnu, les proches et/ou les aidants, peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet personnalisé de soins et leur présence est favorisée en dehors des heures de visites dans les situations particulières. Chaque secteur d'hospitalisation dispose d'un salon des familles et un espace de rencontre pour les enfants visiteurs est disponible.

Le patient, qu'il soit âgé ou qu'il présente des troubles psychiques ou un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour comme cela est le cas en Unité de soins de Longue Durée (USLD). Les équipes peuvent faire appel à l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée. En intra hospitalier, les équipes organisent des ateliers thérapeutiques de groupes ou individuels y compris pour les patients en soins sans consentement. Une équipe mobile de réhabilitation psychosociale favorise aussi les démarches d'inclusion sociale prévues au niveau des projets de soins.

Les patients en situation de précarité sociale et de handicap sont aussi particulièrement bien accompagnés grâce à l'action en transversal des assistants sociaux en complémentarité de l'action de l'équipe pluridisciplinaire dans leur inclusion sociale et leur réhabilitation, y compris pour les personnes âgées. Cette démarche en filière commence dès la période d'hospitalisation en intra hospitalier pour s'intensifier lors de la prise en charge ambulatoire notamment grâce à l'activité des différentes équipes mobiles de psychiatrie adulte et de la personne âgée. L'accès à l'établissement des personnes vulnérables est donc favorisé et sécurisé.

Si les patients âgés déclarent être informés sur leur droit à rédiger des directives anticipées les autres

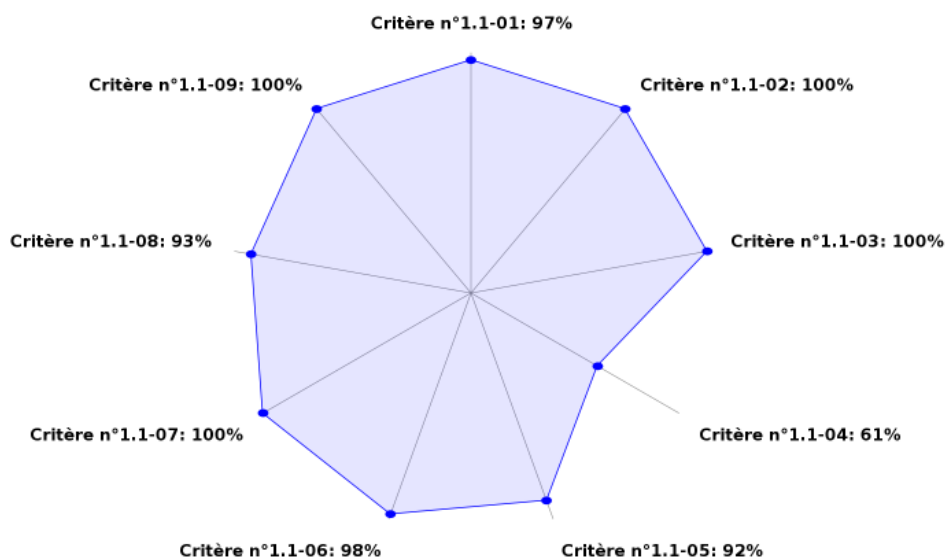
patients ne le sont pas. Les patients ne connaissent pas toujours les représentants des usagers, les modalités pour les joindre et les associations de bénévoles ainsi que leur droit à pouvoir signaler un événement indésirable durant leur hospitalisation ou saisir un médiateur ou encore accéder à leur dossier médical alors que ces informations sont contenues dans un livret d'accueil qui leur est remis, qu'un affichage et qu'un site internet dédié sont à leur disposition, et que la gestion de l'accès du patient à son dossier est en place.

Les patients expriment leur satisfaction, font part de leur expérience et peuvent à tout moment donner leur point de vue sur leur prise en charge. Ils connaissent les questionnaires de satisfaction à la sortie mis à leur disposition dans les secteurs d'activité en intra hospitalier et en extra hospitalier qui présentent un taux de retour de 32%. Les patients sont également incités à donner leur adresse mail à leur entrée pour favoriser leur expression par la démarche nationale esatis. Le patient est invité à parler de son expérience notamment lors d'entretiens en pédopsychiatrie où les parents et l'enfant sont régulièrement rencontrés, à l'occasion de groupes de parole en psychiatrie adulte, lors des démarches de psychoéducation, ou encore, d'éducation thérapeutique. Des questionnaires spécifiques sur l'évaluation de l'expérience patient sont en cours de déploiement notamment pour les groupes d'éducation thérapeutique et les prises en charge par l'équipe mobile de réhabilitation psychosociale. L'analyse des questionnaires est suivie et les équipes analysent les « verbatims » et décident d'actions d'améliorations au niveau de leur secteur d'activité. Des actions d'amélioration issues de l'analyse de la satisfaction et de l'expérience patient sont intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins institutionnel. La prise en compte de l'expérience patient dans l'évaluation des parcours et des traitements est engagée. Les patients partenaires sont mobilisés dans des démarches d'éducation thérapeutique comme celles pour les patients présentant des troubles bipolaires (un pair aidant est en cours de recrutement) mais ils ne participent pas à des démarches d'amélioration des pratiques avec les équipes. Enfin, au niveau de l'établissement, les recommandations de la Commission Des Usagers et la mise en œuvre des plans d'actions sont le plus souvent connues des équipes.

Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. Ils effectuent des visites de service et rencontrent les équipes. Un projet des usagers est élaboré et s'articule avec le projet médico-soignant et le PAQSS sur le domaine des axes d'amélioration liés à l'accueil et à l'expérience patient. La CDU fonctionne.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

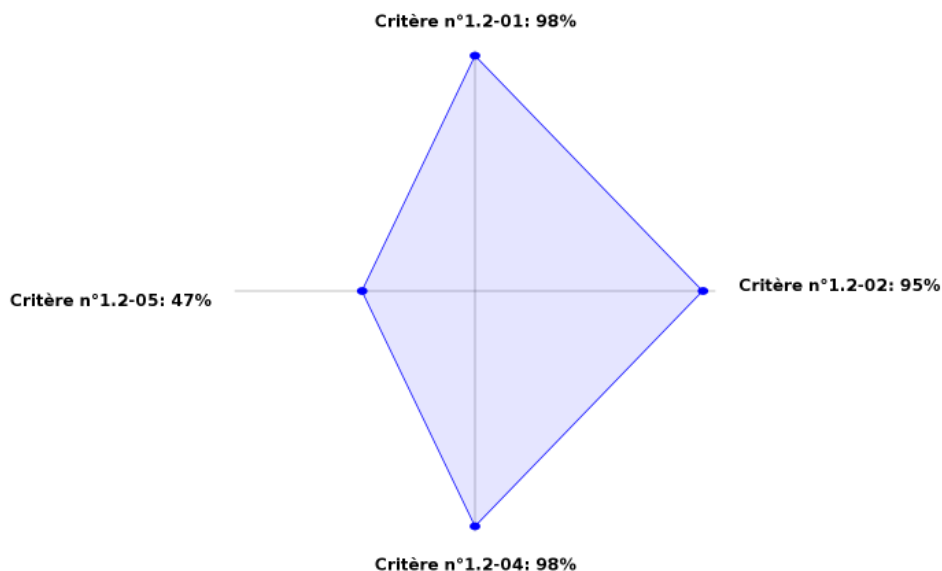
Score de l'objectif **93%**



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	61%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	92%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	98%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	93%
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

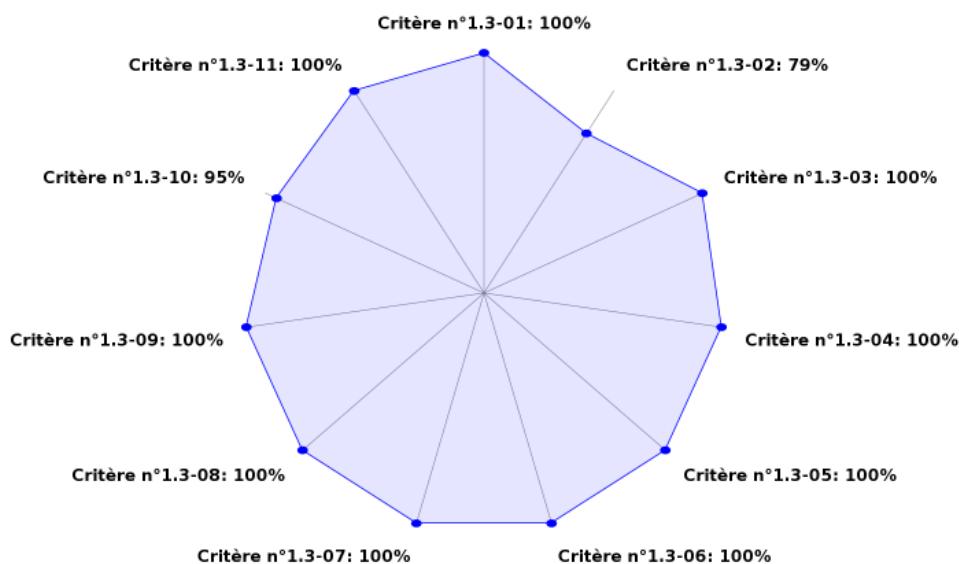
Score de l'objectif **85%**



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	95%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	98%
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.	47%

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

Score de l'objectif **98%**

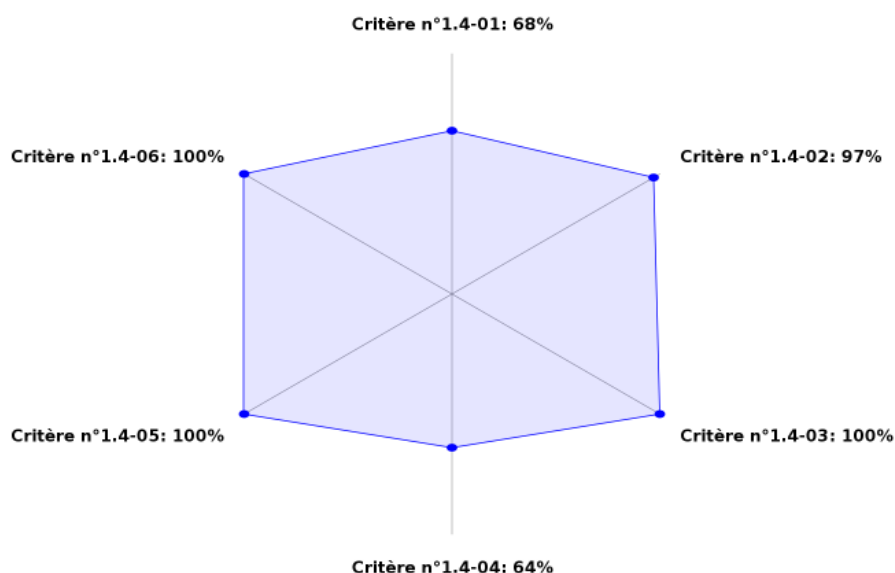


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	79%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	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	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-09	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	95%
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 **86%**

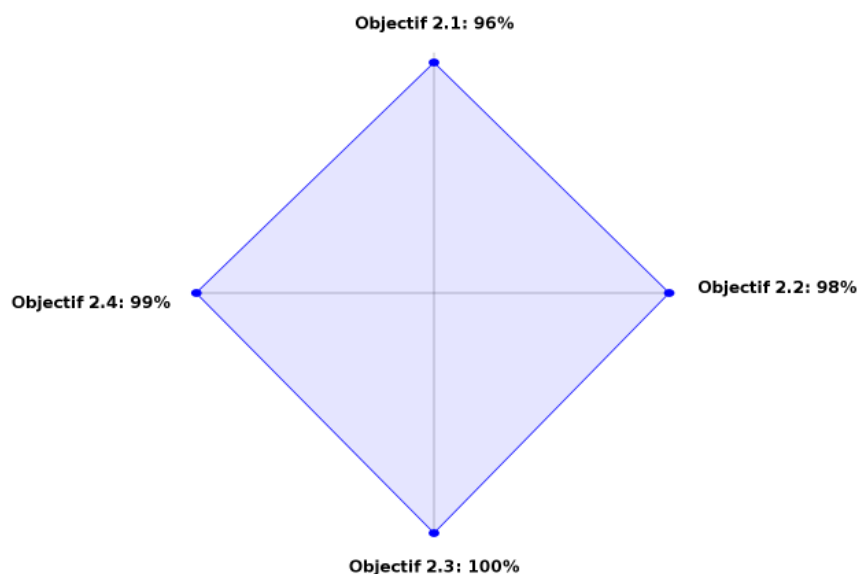


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	68%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	97%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	64%
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 **98%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	96%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	98%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	100%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	99%

Synthèse du chapitre 2

Dès l'entrée du patient, chaque professionnel réalise une évaluation initiale qui est partagée en équipe afin de proposer et mettre en œuvre son projet thérapeutique. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée au sein du dossier entre l'intra-hospitalier et l'extrahospitalier et bénéficie d'une réflexion bénéfice risque pluridisciplinaire intégrant les facteurs de risques potentiels identifiés. Le projet thérapeutique est régulièrement évalué avec une traçabilité effective dans le dossier de soins. Cette évaluation commence dès la prise en charge en consultation sur les Centres Médico-Psychologique (CMP) et le patient est ensuite accompagné dans sa trajectoire de prise en charge. Pour les entrées en urgence, l'équipe médicale et paramédicale dédiée, oriente le patient vers le service adéquate dans des délais compatibles. En fin de compte, le projet de soins individualisé est argumenté et ajusté tout au long de la prise en charge, lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires. De façon globale, les équipes sont donc coordonnées autour de la prise en charge du patient grâce à un maillage efficace du secteur extra hospitalier et du secteur intra hospitalier pour les filières de psychiatrie de l'adulte en prenant soin de dissocier les parcours par comorbidités, celle de psychiatrie de la personne âgée et celle de pédopsychiatrie. Cette coordination est encore renforcée par l'action des équipes mobiles comme celles de la personne âgée, de réhabilitation ou encore de périnatalogie qui fonctionne en collaboration avec le service de pédiatrie du Centre Hospitalier. Un réseau d'expert en douleur, en hygiène ou en soins palliatifs vient encore renforcer cette coordination. La démarche palliative pluridisciplinaire intégrant la rédaction des Limitations et Arrêt des Thérapeutiques pour les personnes âgées se coordonne avec l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier voisin. Le Dossier du Patient Informatisé est alimenté par l'ensemble des professionnels formés à son utilisation ce qui contribue à la continuité et à la coordination des soins notamment entre les équipes des unités d'hospitalisation complète, de l'hospitalisation de jour et celles de l'ambulatoire. Cette coordination s'organise aussi en externe dans le réseau médico-social de prise en charge du patient et plus particulièrement entre les hôpitaux de jour/CMP et la médecine de ville avec le déploiement de la télésanté. Par ailleurs, les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte s'organisent de façon efficace afin d'anticiper et d'assurer une transition réussie lors du passage de témoin à l'âge adulte de l'enfant. Cette coordination donne d'ailleurs sens à l'organisation des parcours patients.

La prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins et les équipes évaluent le délai d'entrée dans la file active qui est tout à fait adapté aux besoins des patients. Chaque structure extrahospitalière adulte et de pédopsychiatrie dispose d'un accueil soignant qui analyse le degré d'urgence et peut de manière inopinée prévoir un entretien avec un psychiatre ou une hospitalisation non programmée sur les secteurs d'intra hospitaliers. Les critères de sévérité sont évalués et plus particulièrement celui du risque suicidaire. Un dispositif de prévention du risque suicidaire est en place en psychiatrie adulte. Il se déploie dès l'entrée du patient mais aussi lors de retour de permission. En pédopsychiatrie, un dispositif particulier proposé par la Haute Autorité de Santé est opérationnel suite à une Revue de Morbi Mortalité (RMM) effectuée lors d'un événement indésirable grave sur le sujet. En cas de risque avéré, les soignants disposent de prescriptions adaptées. Le suivi du risque suicidaire est relayé au niveau des centres de jour où les soignants mettent en place un suivi personnalisé. Enfin, lors de leur sortie, un numéro d'appel de prévention du suicide est donné aux patients dans le cadre du dispositif Vigilans.

L'établissement veille à maîtriser la gestion des récides d'épisodes de violence des patients ce qui se traduit par la formalisation d'un plan de prévention partagé entre les équipes et le patient. Les équipes agissent en prévention en mettant en œuvre les interventions de pacification et de désescalade adaptées aux patients en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. D'ailleurs, un plan de formation en masse sur le sujet a permis d'ancrer les bonnes pratiques professionnelles.

La prise en charge somatique du patient est assurée dans les secteurs intra-hospitaliers et permet à chaque patient hospitalisé en soins sans consentement d'avoir une consultation somatique dans les premières 24h, soit en passant par les urgences, soit en étant vu par l'équipe de médecins généralistes qui permet à chacun d'être suivi durant leur séjour. Le suivi somatique du patient est favorisé par un lien fort avec le Centre Hospitalier ou par exemple des créneaux de consultations de radiologie ou de spécialités sont réservés aux patients. L'établissement dispose donc de filières intégrées de recours de la prise en charge somatique. Tous les éléments nécessaires à la prise en charge somatique sont tracés dans le dossier et intégré à la lettre de liaison. En secteur ambulatoire, les équipes entretiennent un partenariat étroit avec les médecins généralistes des patients. Elles s'efforcent également de trouver un médecin traitant aux patients qui n'en ont pas, en s'appuyant sur leur réseau. Ce suivi somatique est renforcé par l'action des Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) en extra hospitalier.

Les diététiciennes rattachées à la filière transversale de prise en charge somatique investissent leur mission de dépistage et de suivi des risques liés à la dénutrition et proposent en lien avec le médecin généraliste des prises en charge adaptées. Elles interviennent aussi dans les centres de consultations pour des suivis ou des dépistages à la demande des équipes pluridisciplinaires qui sont formées aux dépistages des troubles nutritionnels.

Le transport en intra hospitalier et en extra hospitalier pour les rendez-vous de consultations spécialisées, d'examens complémentaires des patients ou de transferts d'usagers est fonctionnel et est toujours assurés en binôme avec un soignant. les patients sont informés de la date et des horaires des transports par les soignants.

En matière d'identitovigilance, les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les procédures en cas de doublon d'Identifiant Permanent du Patient ou de collisions sont connues et conformes. La qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS) est opérationnelle à l'entrée du patient au niveau du bureau des entrées et le lendemain pour les hôpitaux de de jour et les CMP par les équipes du département d'information médicale (DIM). Elle est effectuée par des agents formés et habilités, le taux de qualification est d'ailleurs conforme. Une cellule d'identitovigilance pilotée par le médecin DIM gère les événements indésirables déclarés par les professionnels et les cas complexes d'INS.

Le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments est effectif. La prescription prend en compte le traitement d'entrée. En hôpital de jour, la capacité du patient à être autonome dans la gestion de son traitement est prescrite par le médecin. Dans les unités, l'administration des médicaments est toujours tracée par l'infirmière lors de la prise par le patient et les médicaments sous forme de gouttes sont préparés lors de l'administration. L'approvisionnement ainsi que l'accès aux produits de santé et leur stockage sont organisés, y compris en dehors de la dispensation nominative quotidienne par automate et en période de permanence des soins. L'analyse pharmaceutique est opérationnelle. La déclaration des événements indésirables liés aux erreurs

médicamenteuses est engagée et l'analyse ainsi que le choix des actions correctives sont effectuées en équipe. La pharmacie effectue des audits de stockage et suivis de plans d'actions. Une étude de pertinence de la prescription de la « Clozapine » chez la personne âgée a été menée. Les professionnels sont formés aux risques médicamenteux et s'expriment aisément sur les risques liés aux médicaments les plus à risques et sur les enjeux de surveillance et d'éducation des patients. Cependant, l'établissement n'a pas adapté sa liste de médicament les plus à risques aux risques des populations accueillies et plus particulièrement pour l'USLD, la psychiatrie de la personne âgée et la pédopsychiatrie. Il existe une liste générique pour la psychiatrie générale adulte connue des professionnels. Avant la fin de visite, l'établissement a proposé de hiérarchiser par des codes couleurs les risques en fonction des populations accueillies. La pertinence de la prescription des antibiotiques et leur réévaluation est retrouvé tracé dans le dossier. La surveillance de la résistance aux antibiotiques est assurée par le référent en antibiotique, les médecins généralistes, les pharmaciens en lien avec le laboratoire du Centre hospitalier du Puy en Velay.

Les bonnes pratiques de la maîtrise du risque infectieux en matière d'hygiène des mains et des précautions standards et complémentaires sont appliquées par les équipes pluridisciplinaires. Les équipes connaissant le résultat de leur indicateur de bonnes pratiques ICHA et mettent en œuvre des actions d'amélioration. Elles connaissent les situations où les précautions complémentaires doivent être mises en place. De plus, les équipes suivent les bonnes pratiques liées aux dispositifs invasifs comme les cathéters veineux. Elles disposent des protocoles adéquates.

La prise en charge des urgences vitales est opérationnelle et adaptée dans les services d'hospitalisations complètes et au sein des structures extra hospitalières. Un numéro d'appel unique lors des urgences vitales et connu des professionnels. Les professionnels s'expriment aisément sur les symptômes qui permettent de détecter une urgence vitale et sont formés à sa prise en charge. L'évaluation globale du dispositif est effectuée sous forme de retours d'expérience. La vérification du matériel d'urgence facilement accessible, est effectuée et suivie. La démarche de réalisation d'exercices de mise en situation à l'urgence vitale dans les unités de soins est amorcée et la programmation de tous les services est planifiée.

Les prescriptions, décisions médicales des mesures d'isolement des patients en hospitalisation sans consentement sont conformes à la réglementation et la pertinence de leurs choix est systématiquement tracée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire ainsi que la traçabilité de l'évaluation bénéfice risque au regard de l'échec d'autres mesures thérapeutiques alternatives. Il en est de même pour les décisions de contention. La surveillance à effectuer par l'équipe paramédicale est prescrite et tracée au sein du dossier. Les équipes suivent des indicateurs de durée d'isolement. Une Évaluation des Pratiques Professionnelles isolement/ contention est régulièrement organisée (1 fois par trimestre) et la majorité des équipes ont été formés à la désescalade de la violence. Le déploiement d'espaces d'apaisement au sein de chaque service d'hospitalisation comme mesure alternative à l'isolement est en cours. On observe une forte diminution des durées d'isolement et le nombre de chambres d'isolement est passé de dix à cinq en 9 ans avec un taux d'occupation moyen de 40%. A sa sortie d'isolement, le patient bénéficie d'un entretien de reprise de l'événement pour en identifier la cause. De plus, l'architecture, le matériel des espaces d'isolement sont conformes aux attendus. En conclusion, les équipes maîtrisent les bonnes pratiques liées à l'isolement et à la contention des patients. Le dispositif formalisé des soins sans consentement est appliqué et le patient est toujours informé des décisions le concernant, il reçoit d'ailleurs un double de la décision et du certificat médical qui a engendré cette dernière. Outre le

document signé par le patient, la traçabilité de l'information effectuée par le médecin est retrouvée dans le dossier patient informatisé. Le collège médical est opérationnel concernant la réévaluation annuelle des programmes de soins en extra hospitalier.

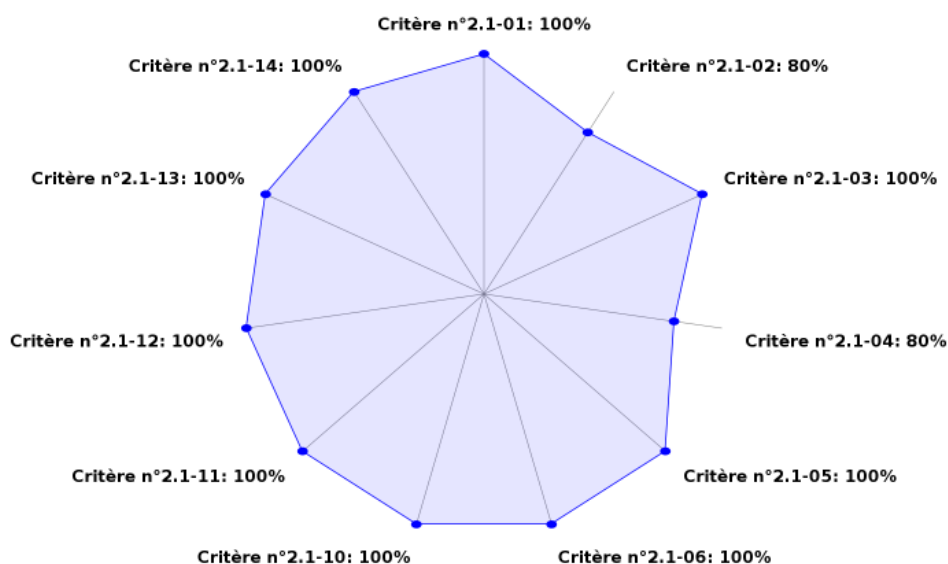
Les mesures de restriction de liberté comme la limitation des contacts, des appels téléphoniques et des effets personnels sont prescrites par le médecin psychiatre avec traçabilité du bénéfice risque. Elles sont réévaluées en équipe pluridisciplinaire régulièrement. Les éléments de surveillance attendus par l'équipe paramédicale sont également prescrits. En pédopsychiatrie, un contrat de soins est élaboré entre les parents, l'adolescent et l'équipe de soins et le juste équilibre entre la nécessité de prescrire des restrictions de liberté afin de concrétiser un espace contenant pour des adolescents qui ont perdu les repères nécessaires à leur équilibre et la liberté d'aller et venir, d'avoir accès à leur ordinateur ou à leur téléphone est toujours recherché. La logique de réduction des risques est le fils conducteur de la mise en œuvre des pratiques professionnelles. De façon générale les règlements de la vie des unités ne comportent plus d'interdictions franches. Les équipes se questionnent d'ailleurs beaucoup sur le sujet grâce à des plans de formation adaptés et au questionnement éthique. L'hospitalisation des patients en hospitalisation libre en services fermés diminue fortement et les soignants s'organisent pour respecter la liberté d'aller et venir des patients. Un mouvement médical et institutionnel est en cours et des demandes d'ouverture de services fermés sont proposées par le corps médical. L'enjeu pour l'établissement réside dans le fait de trouver le juste milieu entre les deux points cardinaux que sont la liberté d'aller et venir et la sécurité. Beaucoup de patients se promènent dans le parc de l'établissement lors de la visite accompagnés ou non de soignants. L'établissement a également rénové et réajusté les modalités d'admission des détenus, le but étant de trouver le juste équilibre entre la sécurité des autres patients et du personnel tout en respectant les droits des détenus.

Chaque secteur d'activité dispose d'un tableau de bord de résultats de leurs indicateurs cliniques qui rassemblent les Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) comme le suivi de la douleur mais aussi des indicateurs liés à l'isolement, ou des indicateurs de délai d'attente de la personne âgée au niveau de l'accueil urgence du site. Les équipes connaissent ces résultats et les actions d'amélioration mises en œuvre pour atteindre la cible attendue. Un dialogue de gestion sur le sujet est organisé à périodicité définie avec la gouvernance. La synthèse de ces résultats d'indicateurs cliniques est présentée en instances par les équipes concernées. Les équipes s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques pour améliorer leurs pratiques qui sont diffusées par les instances métiers et la commission médico-soignante. Les conduites à tenir sont donc revues en fonction. Des démarches continues d'évaluation des résultats cliniques avec un fort potentiel d'évaluation des pratiques professionnelles sont menées comme par exemple en ce qui concerne les pratiques d'isolement en psychiatrie adulte ainsi que la prise en charge du risque suicidaire en pédopsychiatrie ce qui permet de valoriser l'expérience des équipes. Des études de pertinences sont également menées entre les cliniciens et les pharmaciens sur l'efficacité des traitements prescrits.

L'activité de laboratoire et d'imagerie s'effectuent en lien direct avec le Centre Hospitalier voisin dont les activités de laboratoire sont accréditées. Une revue d'événements indésirables est organisée entre le laboratoire ou le secteur d'imagerie et les équipes concernées afin de mettre en œuvre les mesures correctives nécessaires. Enfin, la dose de rayonnement ionisant reçue par un patient au cours de son hospitalisation est retrouvée tracée à sa sortie dans la lettre de liaison.

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

Score de l'objectif **96%**

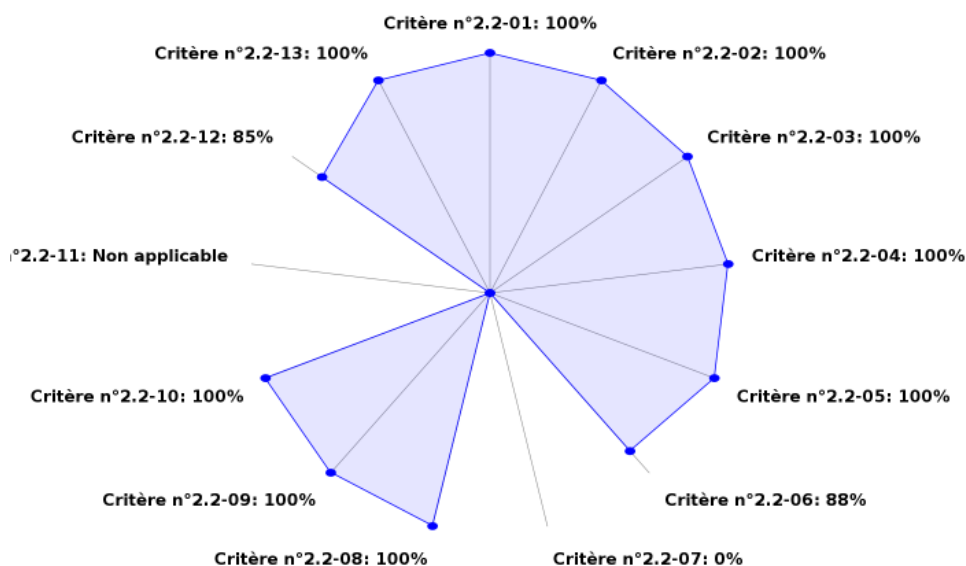


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	80%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	80%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	100%
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	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **98%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	88%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%

2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	85%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

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 **100%**

Critère n°2.3-14: 100%

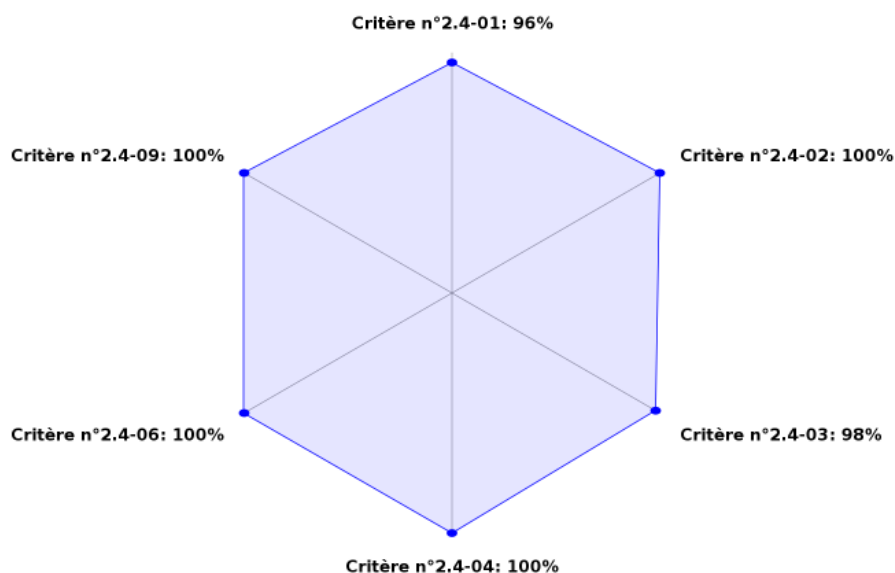


Critère n°2.3-15: Non applicable

Critères		
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	100%
2.3-15	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie	Non Applicable

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

Score de l'objectif **99%**

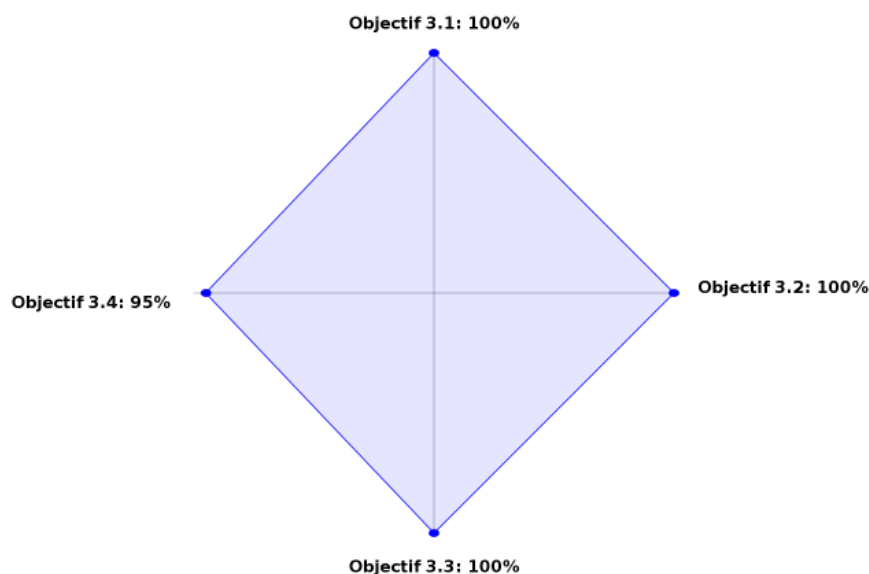


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	96%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	98%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **99%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	100%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	95%

Synthèse du chapitre 3

La gouvernance et la Commission Médicale d'Etablissement déclinent une politique qualité gestion des risques totalement en phase avec le projet d'établissement, les enjeux de la certification avec un focus sur la prévention des risques spécifiques à la psychiatrie et en pointant l'importance de l'engagement patient. Elle se décline ensuite dans un Programme d'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Le PAQSS institutionnel très structuré et unique prend en compte les risques a priori et à posteriori, l'analyse de l'expérience patient, ainsi que les plans d'actions liés aux contrôles externes et plus particulièrement ceux des contrôles de sécurité. Chaque pilote d'un axe transversal du PAQSS, relié à une sous-commission de la CME comme par exemple le Comité de Lutte Contre La Douleur, ou le comité sur les droits des patients présente les résultats de ses actions annuelles et les objectifs de l'année N+1 en COPIL qualité gestion des risques. Une commission médico soignante très appréciée par les encadrants fait du lien entre les différentes sections du PAQSS et le plan de maintenance préventive et curative des locaux et des équipements. Ce PAQSS est ensuite relayé au niveau des secteurs d'activité par le binôme chef de service-cadre de proximité. Ce programme spécifique à chaque unité de soins connu des professionnels comprend également des actions d'amélioration émanant du suivi des indicateurs cliniques (douleur, lettre de sortie, isolement...). Des réunions hebdomadaires sont organisées au niveau des unités de soins sur la qualité gestion des risques par la gouvernance du secteur auxquelles des membres de la direction qualité peuvent participer. Les professionnels s'expriment sur la démarche d'évaluation de la culture qualité menée par l'institution ce qui lui permet d'ajuster sa stratégie d'ancrage de la démarche. Les professionnels participent aussi au recueil des IQSS et en définissent les axes d'amélioration au niveau de leur secteur d'activité. Les équipes connaissent les circuits des vigilances, notamment ceux de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. L'instance gestionnaire des vigilances fonctionne.

La déclaration des évènements indésirables est intégrée aux pratiques des professionnels et les équipes s'expriment aisément sur les enjeux exposés dans la charte de confiance et d'incitation à la déclaration, sur l'intérêt de la déclaration et de l'analyse ainsi que la mise en œuvre des actions correctives si nécessaire. Elles connaissent les évènements indésirables (EI) de leur secteur d'activité et les plans d'actions à mettre en place suite à des évènements indésirables graves (EIG) ayant eu lieu au sein de l'établissement. Elles savent aussi définir le presque accident. Les EIG sont analysés à l'aide d'une méthode robuste et font l'objet d'une déclaration à l'ARS dans les conditions attendues. Une synthèse de ces analyses est présentée dans les instances. Les plans d'actions consécutifs sont intégrés au PAQSS de chaque secteur et a charge au binôme cadre de santé chef de service de les suivre. Enfin, l'information du patient ou de sa famille sur la survenue d'un EI ou EIG est assurée par des équipes formées qui la tracent dans le dossier du patient. Des retours d'expérience inter établissements sont également menés suite à des évènements indésirables déclarés de part et d'autre avec les Centres Hospitaliers du Puy en Velay ou de Brioude par exemple.

Au final, la dynamique de soutien de la culture qualité en place au niveau de la gouvernance, diffuse au niveau de l'établissement et l'ancrage de l'appropriation de la démarche qualité par les équipes au niveau des secteurs d'activité est acquise et se consolide grâce à la délégation de gestion instaurée. Le management qualité gestion des risques est donc maîtrisé.

La gestion des tensions hospitalière et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Un

dispositif de gestion des lits coordonné par un gestionnaire de parcours fonctionne afin de gérer les flux et maîtriser les tensions. Le plan blanc connu des équipes concernées est élaboré avec un volet identifiant les situations sanitaires exceptionnelles auxquelles l'établissement peut être confronté. L'Intégration du volet risque numérique est fonctionnel. Une cellule de crise est opérationnelle et la maîtrise des moyens humains et matériels en cas de crise est organisée. Un Plan de Continuité et de reprise des Activités de l'établissement est formalisé et les fiches réflexes nécessaires élaborées.

Un espace de réflexion éthique ouvert à tous les professionnels est en place au niveau de l'association Sainte Marie dont fait partie l'établissement et un comité éthique connu des professionnels qui se réunit tous les trois mois est déployé au sein de l'institution afin que les équipes puissent le saisir. Des informations, sensibilisations sont menées auprès des équipes par le comité. Le questionnement de la dimension éthique de l'intégration de l'intelligence artificielle en santé est lancé.

Le pilotage de l'adéquation des ressources humaines en fonction des nécessités liées à la qualité de la prise en charge des patients est effectué par l'encadrement supérieur. L'établissement dispose d'un pool de remplacement infirmiers et aides-soignants et a déployé un outil de gestion des remplacements type « Ellio » en faisant appel à ses propres agents rémunérés en heures supplémentaires valorisées à 200% s'ils reviennent travailler sur leur repos. Par ailleurs, un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants est déployé. Chaque secteur d'activité dispose d'une maquette organisationnelle adaptée à son activité, aux recommandations de bonnes pratiques et à la réglementation pour tous les professionnels y compris médicaux et d'un tableau de présence médicale en journée, de garde et d'astreinte afin que les soignants puissent joindre à tout moment un médecin. Lorsque la situation n'est plus équilibrée au niveau qualité gestion des risques, la décision de fermeture de lits est prise et plus particulièrement en raison de l'absence de médecins. Une politique offensive de recrutement médical est en place et la vérification des diplômes est assurée par la Direction des Ressources Humaines (DRH). L'intégration des nouveaux arrivants est sécurisée et les médecins à diplômes étrangers bénéficient d'un programme d'accompagnement et de formation par la communauté médicale. Ce pilotage permet ainsi d'assurer la continuité des soins dans les différentes unités de soins. Les demandes de formation sont établies par les services et un seul plan de formation commun au personnel médical et paramédical est coconstruit avec la Direction des Ressources Humaines et la direction Qualité Gestion des Risques afin d'être en cohérence avec le PAQSS. Les cahiers des charges des formations sont effectués avec les demandeurs et le choix des formateurs est fait par eux. Un bilan d'évaluation de l'ancrage des formations liées aux pratiques professionnelles est opérationnel en témoigne la démarche de formation sur la désescalade de la violence et celle sur le dépistage du risque suicidaire. Un lien fort est opéré entre le dispositif de l'entretien personnalisé d'évaluation suivi de l'entretien de formation avec le plan de formation et de développement des compétences institutionnelles ou l'intégration des outils de formation par la simulation est engagé. Un programme de formation à la gestion des risques par simulation « Serious Game en psychiatrie » en partenariat avec le Centre Hospitalier du Vinatier est sur le point d'être déployé. L'adéquation des compétences à l'activité est donc assurée.

Les chefs de service et les cadres de Santé bénéficient d'une formation au management (analyse des pratiques et codéveloppement) dans le cadre de l'Association Sainte Marie. Les encadrants peuvent aussi avoir accès sur le volontariat à du coaching individuel. La cohésion entre les chefs de service et les cadres prend tout son sens dans les valeurs portées par la charte managériale. Un collectif cadre se réunit également 4 fois par ans. L'encadrement est formé à la gestion de la discrimination, du harcèlement, des violences sexuelles et sexistes et dans la gestion des conflits. Les encadrants (cadres

de santé et chefs de service) bénéficient d'un entretien d'évaluation.

Une politique Qualité de vie et Conditions de Travail (QVCT) est déployée en lien avec le Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP). Des actions de prévention des risques pour la sécurité des professionnels sont en place comme par exemple un dispositif de protection du travailleur isolé (PTI) intégré au téléphone avec géolocalisation pour les équipes qui se rendent au domicile des patients. Une équipe sécurité identifiée par les professionnels peut aussi intervenir si nécessaire en intra hospitalier grâce au dispositif de géolocalisation des PTI. Le déploiement de formation à la désescalade de la violence (80% des professionnels formés) a permis de fortement diminuer les situations d'insécurité. Cette politique fortement articulée avec la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences repose sur une étude réalisée auprès des professionnels en 2022 qui sera réévaluée en 2026. Les axes de mise en œuvre de cette politique ont été construits en lien direct avec les partenaires sociaux et « maintenir la santé mentale des professionnels » en est l'axe prioritaire. Des aides aux logements et un accompagnement spécifique sont proposés aux agents. Une assistante sociale ainsi qu'un psychologue du travail libéral sont à la disposition des professionnels en difficulté. Un poste d'ergonome/coach à la santé au travail mène des actions d'anticipation et de prévention des risques au niveau des postes de travail. La santé au travail assure le suivi vaccinal des agents et propose une démarche de vaccination sur le lieu de travail tout en déployant des démarches de prévention. Le suivi de l'absentéisme est organisé et fait partie du dialogue de gestion entre les secteurs d'activité, la gouvernance et la santé au travail. Un groupe de maintien à l'emploi permet à des professionnels de continuer à travailler malgré leur problématique. L'établissement a aussi créé une commission harcèlement que les agents peuvent saisir. Les lanceurs d'alerte sont protégés. La gestion des conflits interpersonnels est donc assurée soit par l'encadrement soit par la médecine du travail, ou encore par le psychologue du travail directement qui est bien identifiée par les équipes. Les équipes rencontrées témoignent d'un fort attachement à leur institution, se disent respecter et épanouies au travail.

Le travail en équipe est une priorité de la gouvernance. Diverses démarches d'amélioration du travail en équipe comme de la supervision d'équipes, des analyses de pratiques ou encore des réunions de service sont fortement engagées. Le déploiement des Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) est soutenu par l'Association Sainte Marie et l'établissement a déployé 6 postes d'IPA sur les secteurs d'extrahospitalier et sur les équipes de réhabilitation avec pour mission le suivi des patients et des actions de formation.

Le Centre Hospitalier de Sainte Marie se positionne comme établissement pivot, au sein de son bassin d'attractivité sur le département de la Haute Loire, de la prise en charge en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie et est tête de pont de la coordination du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). L'établissement a identifié des filières de prise en charge pour la pédopsychiatrie, la psychiatrie de la personne âgée, la psychiatrie adulte avec un parcours de psychiatrie générale qui veille à dissocier le parcours psychose du parcours anxieux dépressif et du parcours Trouble du Spectre de l'Autisme adulte et qui comprend aussi un parcours réhabilitation sans oublier le parcours spécifique à la médecine somatique. Un maillage efficace est construit sur le territoire entre la psychiatrie extrahospitalière (CMP, CATTP, HDJ) et la psychiatrie intra hospitalière avec la possibilité de répondre durant la journée à des demandes de soins non programmés grâce à un accueil en CMP efficace et priorisé. Une Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO) est le point d'entrée de tous les patients hors entrées programmées avec 6 lits d'hospitalisation de courte durée afin d'orienter les patients dans la

filière la plus adaptée grâce à l'efficacité d'un coordinateur de parcours. La filière spécifique de psychiatrie de la personne âgée déployée permet d'organiser 80% des hospitalisations en type programmé. Cette filière repose sur un réseau efficace composé d'un Centre Médico-Psychologique (CMP) pivot où des Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) coordonnent les parcours et d'une équipe mobile de la personne âgée qui travaille en étroite collaboration avec les EHPADs et les équipes mobiles d'intervention et d'orientation des autres Centres Hospitaliers partenaires du département. La collaboration avec les EHPADS s'intensifie par le déploiement de la télésanté et plus particulièrement de la télé consultation et de la télé expertise. L'établissement dispose donc d'une filière efficace pour prévenir le passage des personnes âgées à l'Unité Admission et d'Orientation ou moins de 2% de patients âgés transitent. La filière de pédopsychiatrie est structurée autour de ces trois CMP pivots avec l'intégration d'IPA dans le dispositif pour coordonner en première intention la trajectoire de prise en charge où l'hospitalisation temps plein est le dernier recours. Les psychoses émergentes chez les adolescents sont prises en charge par un référent pédopsychiatre et un référent psychiatre adulte qui coordonnent l'action d'une équipe mobile. Pour la réhabilitation psychosociale une équipe de liaison et d'accompagnement est en place en étroite collaboration avec les CMP de secteurs avec pour objectif de consolider la sortie et de travailler aussi vers un retour à l'emploi. Une équipe de liaison dépendant de l'équipe du service d'Accueil et d'Orientation (UAO) se déplace tous les jours sur les urgences du Centre Hospitalier pour évaluer les patients. Toutes ces filières disposent d'indicateurs de suivi de file active, comme la durée d'attente d'un patient à l'UOA, qui sont discutés en dialogue de gestion avec les équipes. L'accès aux centres de compétences pour les patients qui le nécessitent est organisé notamment avec le Centre Hospitalier du Vinatier avec le lequel des Revues de Concertation Pluridisciplinaire sont organisées. Des prises en charge innovantes sont d'ailleurs proposées aux patients sur un plateau technique de stimulation magnétique transcrânienne (rTMS), dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique ESkétamine pour les dépressions résistantes ou encore lors de prises en charge spécifiques pour les syndromes de Ridsjarson.

L'établissement travaille aussi en collaboration avec les Comités Locaux de Santé et de Santé Mentale (CLS et CLSM) ainsi qu'avec les 3 Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de son territoire avec lesquelles des analyses de parcours complexes sont menées. L'articulation avec les GEMS Groupes d'Entre aide Mutuelle est organisée afin de fluidifier les parcours, notamment lors de la sortie des patients d'intra-hospitalier.

L'établissement pilote l'évaluation du Projet Territoriale de santé mentale PTSM afin de lancer le PTSM de deuxième génération avec tous les autres partenaires parties prenantes dans le réseau de prise en charge de la santé mentale. Un nouvel objectif concernant le maillage de la prise en charge de la personne âgée avec des troubles psychiatriques est en cours d'élaboration. Dans tous les cas, l'objectif majeur reste le repérage précoce des troubles psychiques avec un accès rapide que le Centre Hospitalier de Sainte Marie a mis en place grâce à l'organisation de ses filières et du maillage de ces structures.

Les échanges d'informations entre les structures de l'établissement y compris ambulatoires, la ville et la médecine libérale sont organisées et reposent sur des modalités de communication multiples dont une messagerie sécurisée utilisée par les professionnels, qui permet aux usagers et aux médecins de ville de contacter les structures aisément. L'établissement a aussi doté les adresseurs via les CPTS d'un annuaire permettant de joindre aisément ses filières de prise en charge.

La recherche clinique se déploie dans le cadre d'une organisation pilotée par la direction générale de l'Association Sainte Marie avec une attachée de recherche clinique. L'établissement a déjà mené des études de recherche clinique comme celle sur la « danse thérapie » et une nouvelle démarche sur la pertinence du suivi de la prise en charge de certains patients par la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) dans le cadre de dépressions résistantes avec l'APHP Saint Antoine à Paris est amorcée.

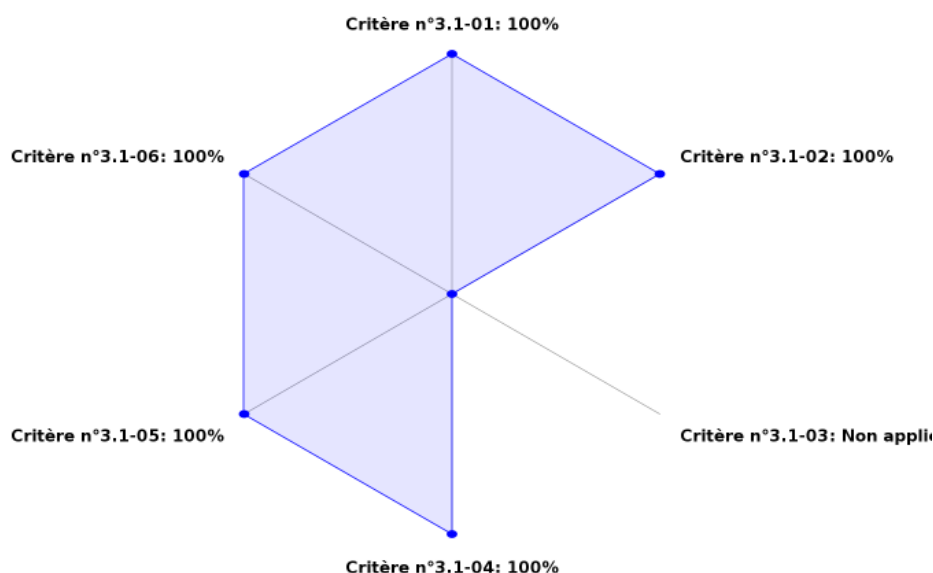
Des formations de premiers secours en santé mentale, d'éducation thérapeutique, ou concernant la prise en charge de la personne âgée présentant des troubles psychiatriques sont menées par les IPA de l'établissement dans diverses structures comme les EHPADs du territoire. Le PAQSS présente des axes d'amélioration sur l'encadrement des étudiants en santé comme celui d'intensifier l'apprentissage des pratiques professionnelles en extra hospitalier. L'établissement participe donc aussi à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire.

La dimension de développement durable/transition écologique intégrée au projet d'établissement se décline au sein d'un programme, animé par un directeur adjoint, allant de la recherche d'économie en énergie à la refonte des filières déchets. Un contrat de performance énergétique a permis une forte diminution des consommations et la refonte des circuits de déchets par type de déchets se termine par la filière biodéchets avec un suivi à la source. Les équipes témoignent d'actions de communication sur le sujet et sont informés de l'avancée du programme. Des projets d'éco-soins au niveau des secteurs d'activités sont engagés notamment sur le versant tri des déchets. La mobilité durable est elle aussi engagée (50% du prix des abonnements bus pris en charge).

L'établissement a établi une cartographie de l'ensemble de ses dispositifs médicaux afin d'identifier les dispositifs numériques. L'établissement ne dispose pas à ce jour de dispositifs de ce type mais il a prévu les démarches nécessaires à intégrer à la procédure de leur achat le cas échéant. L'établissement a rédigé une charte éthique d'intégration des outils technologiques innovants et a intégré cette option dans sa politique du système d'information. Il est prévu qu'en cas d'acquisition d'un de ces outils, le choix soit analysé avec la direction du système d'information de l'association Sainte Marie et son conseiller juridique.

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

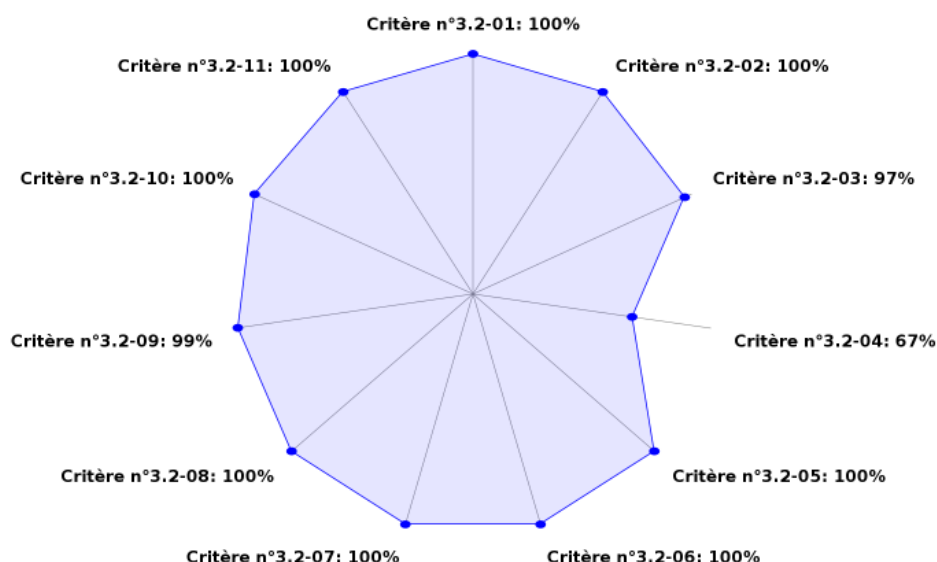
Score de l'objectif **100%**



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

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **100%**

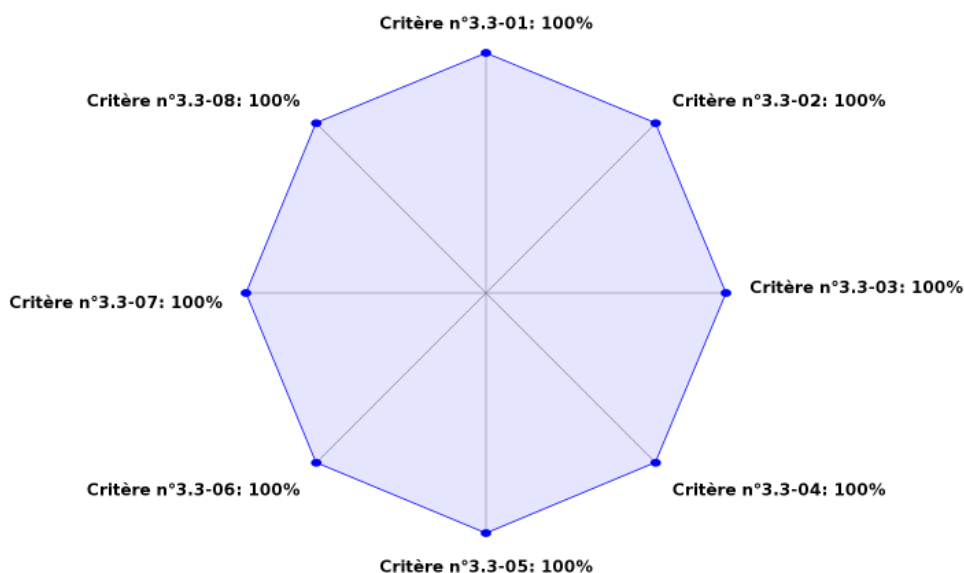


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	97%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	67%
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	99%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	100%
--------	---	------

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

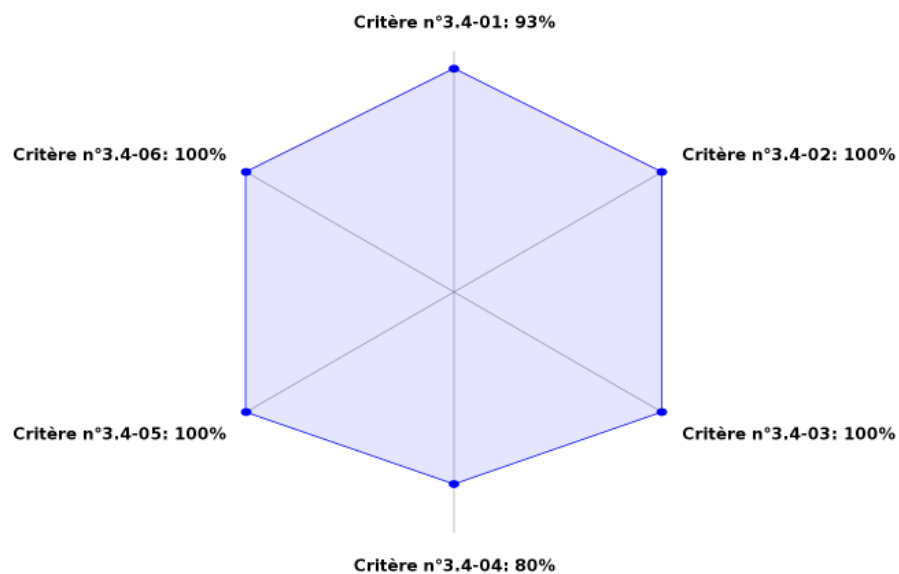
Score de l'objectif **100%**



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 **95%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	93%
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	80%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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

