



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER DE
THIERS**

Route du fau
CS 60012
63307 Thiers



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	21
Chapitre 2 : Les équipes de soins	22
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	22
Synthèse du chapitre 2	23
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	34
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



CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	
Adresse	Route du fau CS 60012 63307 Thiers FRANCE
Département / Région	Puy-de-Dôme / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	630781029	CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	Route du fau CS 60012 63307 Thiers FRANCE
Établissement principal	630000446	CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	Route du fau CS 60012 63307 Thiers FRANCE
Établissement géographique	630787059	USLD - CH DE THIERS	Route du fau CS 60012 63307 Thiers 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
 SAMU-SMUR
 Santé mentale et psychiatrie
 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 **12** 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 **14** 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
- 2 acte(s) interventionnel(s)
- 3 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 1 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 1 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



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

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

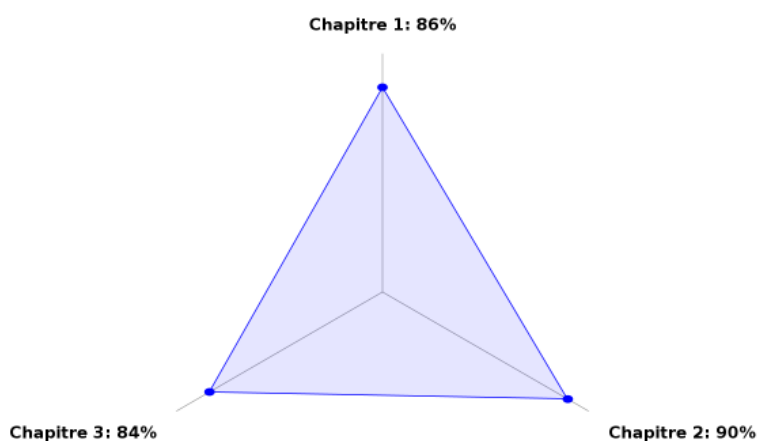
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS 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	86%
Chapitre 2	Les équipes de soins	90%
Chapitre 3	L'établissement	84%

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.

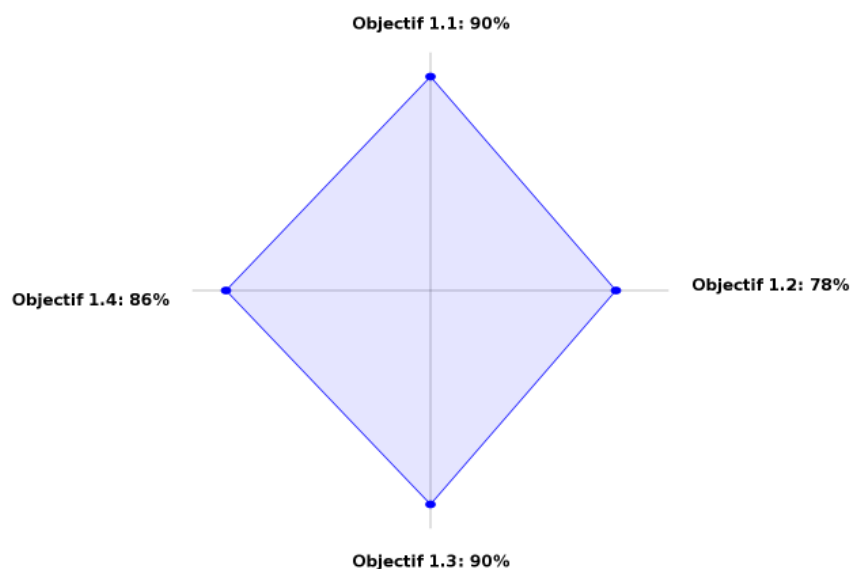
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	95%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	98%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	91%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	94%
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.	95%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	99%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	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 »	50%
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	83%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	67%
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	0%
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	75%
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	25%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **86%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	90%
1.2	L'information du patient	78%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	90%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	86%

Synthèse du chapitre 1

Les patients questionnés ont tous souligné leur satisfaction et le souci constant par les équipes, du respect de leur dignité et intimité. Les chambres d'hospitalisation sont dans la grande majorité individuelle. Et les quelques chambres double sont munies d'un paravent d'intimité. Elles disposent d'un cabinet de toilette mais ne sont pas équipées de douches, excepté en psychiatrie et en unité de soins de longue durée. Dans tous les autres secteurs, les douches sont collectives et au nombre de deux par unité, ce qui peut en limiter l'accès. Aux urgences, il existe un box qui peut être fermé, destiné à la prise en charge de personnes avec des troubles graves du comportement. Celui-ci n'est pas conforme : absence de dispositif d'appel, absence de sanitaire. Le projet de restructuration de l'hôpital corrige ces deux points concernant les locaux (travaux d'humanisation des chambres, réfection des urgences).

La prise en charge pédiatrique est essentiellement ambulatoire. Un parcours de soins « obésité » accueille des enfants en hôpital de jour, avec une équipe multidisciplinaire sous la responsabilité d'un pédiatre. Les enfants bénéficient d'une première consultation d'évaluation du mode de vie avant la définition d'un parcours personnalisé, leur donnant accès à des consultations de suivi et des ateliers. L'équipe participe à une RCP (revue de concertation pluridisciplinaire) avec le CHU de Clermont-Ferrand.

Des adolescents sont également pris en charge ponctuellement en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation. Un passeport ambulatoire est systématiquement remis. Tous les patients sont rappelés le lendemain. Les infirmières disent ne pas avoir reçu de formation spécifique à la prise en charge pédiatrique.

Aux urgences, il n'existe pas de salle d'attente ou de circuit spécifique pédiatrique. A leur arrivée, les enfants sont priorisés et orientés vers un box qui leur est réservé. Le projet de travaux de restructuration des urgences prévoit une salle d'attente pédiatrique aux urgences.

Dans tous les cas, la présence des parents est facilitée.

Les patients bénéficient du respect de la confidentialité et du secret professionnel. En psychiatrie, les patients soulignent la qualité des pratiques avec, par exemple, la délivrance des traitements porte fermée.

L'information du patient sur le droit à rédiger ses directives anticipées, est donnée dans le livret d'accueil, lequel est systématiquement remis à l'arrivée. Mais les informations qu'il contient sont méconnues de la plupart des patients questionnés. Dans certaines situations, l'équipe a recours à l'équipe mobile de soins palliatifs pour donner l'information au patient de la façon la plus adaptée possible.

Les patients sont satisfaits de la prise en charge de la douleur. Des échelles d'évaluation sont utilisées. La prise en charge de la douleur est très majoritairement réévaluée et tracée. Des alternatives non médicamenteuses sont proposées (casque de réalité virtuelle, hypnose, massage...).

Les patients expriment tous une prise en charge bienveillante, avec respect de leur autonomie. Un dispositif de déclaration des situations de maltraitance est en place et connu des professionnels. Ceux-ci sont sensibilisés aux situations à risque. L'établissement n'a pas mis en place de recensement annuel des cas de maltraitance externe.

L'accès du patient à son dossier est organisé et réalisé dans les délais réglementaires.

Le décès du patient fait l'objet d'une procédure adaptée respectueuse de celui-ci et de l'entourage. Une salle pour accueillir les familles et permettre le recueillement est en place à la chambre mortuaire. Une plaquette d'information est remise aux familles afin de donner les premiers conseils au moment du décès d'un proche.

Les patients reçoivent les informations nécessaires à leur séjour et un livret d'accueil leur est remis dès leur arrivée. Des affichages sur les droits des patients sont présents dans les chambres ou à l'entrée du service. Toutefois, bien que l'information figure dans le livret d'accueil, les patients ne connaissent pas ce qui est versé dans le Dossier Médical Partagé et leur droit à s'y opposer. Peu de patients connaissent également le rôle des représentants des usagers et les modalités pour les contacter, et ce bien que l'information figure dans le livret d'accueil et les panneaux d'affichage.

La sortie du patient est anticipée. Les patients concernés par un dispositif médical implantable, reçoivent les informations concernant celui-ci et le suivi nécessaire. D'une manière générale, une lettre de liaison est remise le jour de la sortie avec les informations nécessaires au suivi.

Les patients reçoivent les informations concernant leur prise en charge et leur consentement libre et éclairé est recueilli. Une évaluation globale initiale est réalisée et un projet de soins défini. A son arrivée, le patient est questionné sur la personne de confiance qu'il souhaite désigner. Mais une partie des patients interviewés nous a indiqué ne pas comprendre le rôle de celle-ci.

L'établissement dispose d'un seul programme d'éducation thérapeutique actuellement mis en suspens en raison du départ du patient expert. Une autre patiente partenaire est en formation et pourra bientôt reprendre ce programme en lien avec l'équipe de diabétologie. Les patients porteurs d'un handicap bénéficient d'un projet de soins adapté et respectueux du maintien de leur autonomie. La précarité sociale est systématiquement prise en compte avec recherche des aides adaptées. Les patients âgés reçoivent une attention particulière au maintien de leur autonomie au travers d'un projet de soins intégrant des mesures de prévention et de traitement des facteurs de risque de dépendance. En unité de soins de longue durée, il bénéficie d'activités visant à maintenir un lien social ou familial. En addictologie et en psychiatrie, le projet de soins est co-construit avec le patient et vise à favoriser l'inclusion sociale. A la sortie, plusieurs structures de réhabilitation psychosociale sont proposées. Les hospitalisations de plus de trois mois sont suivies mais ne conduisent pas à une analyse et à un plan d'actions formel visant à réduire la iatrogénie et à développer la réhabilitation.

Des messages de prévention de santé publique sont affichés dans les unités de soins. Le patient est informé des facteurs de risques et des actions recommandées. Ces dernières ne sont pas toujours tracées dans le dossier du patient.

Avec l'accord du patient, les proches ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Leur présence est encouragée et facilitée.

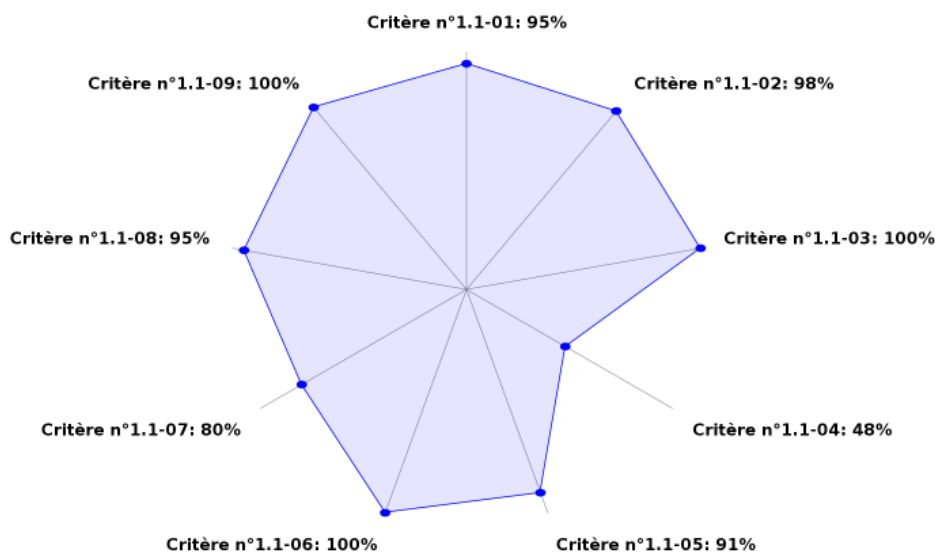
Bien que différents dispositifs de recueil de leur satisfaction soient mis en œuvre, les patients, durant leur hospitalisation, méconnaissent souvent ces outils ainsi que la possibilité de faire une réclamation ou de déclarer un évènement indésirable associé aux soins. A la sortie, il leur est proposé de remplir un questionnaire de sortie. L'information sur l'enquête nationale e-satis leur est donnée dans le livret d'accueil et sur un écran télévisuel d'information à l'entrée de l'hôpital. Les données sont recueillies,

analysées par le service qualité, diffusées aux équipes ainsi que le plan d'actions qui en résulte. Les résultats sont affichés dans l'hôpital ainsi que le niveau de certification de l'hôpital.

Les représentants des usagers sont fortement impliqués dans la vie de l'établissement. L'un d'entre eux assure la présidence de la Commission des usagers. Celle-ci se réunit régulièrement et reçoit l'ensemble des informations utiles (projets de l'établissement, résultats des indicateurs et enquêtes, lettres de réclamations, évènements indésirables associés aux soins...). Elle émet des recommandations. Celles-ci sont prises en compte par les équipes. Les représentants des usagers vont à la rencontre des professionnels et des usagers au travers d'évènements, de comités, groupes de travail ou rendez-vous ponctuels avec l'encadrement et les équipes sur le terrain.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

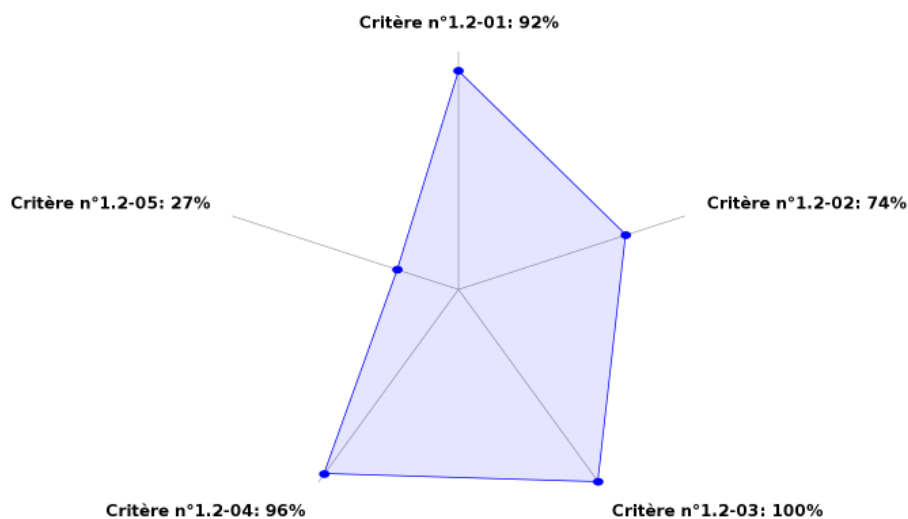
Score de l'objectif **90%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	95%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	98%
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	48%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	91%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	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

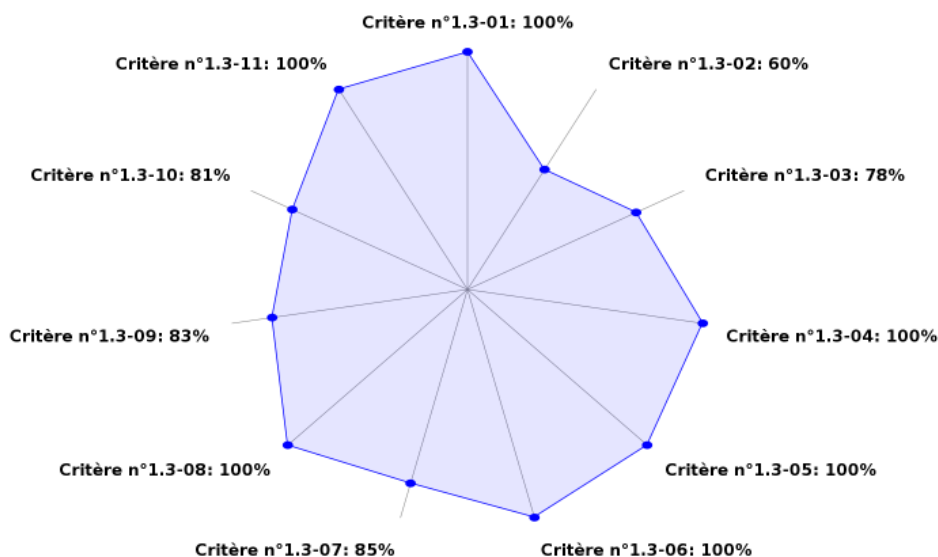
Score de l'objectif **78%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	92%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	74%
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	96%
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.	27%

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

Score de l'objectif **90%**

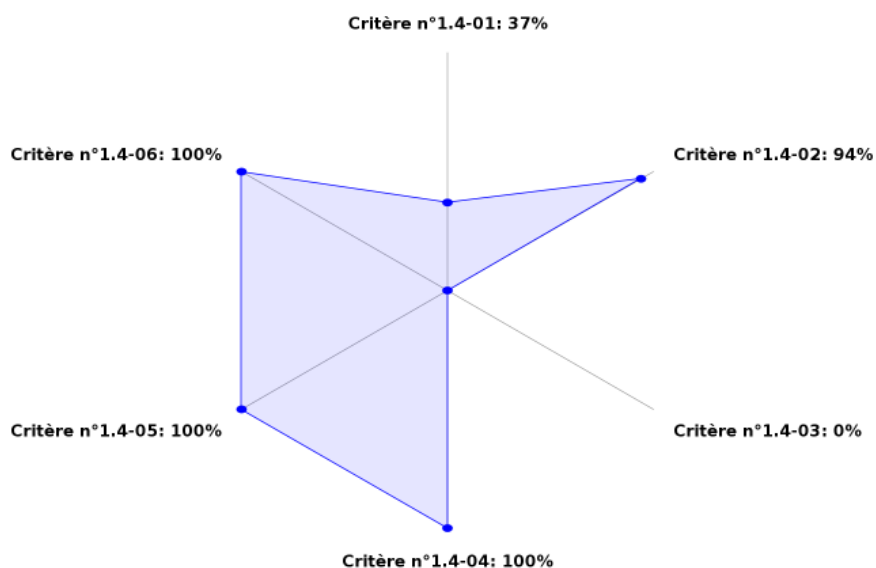


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	60%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	78%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie 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	85%
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	83%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	81%

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%**

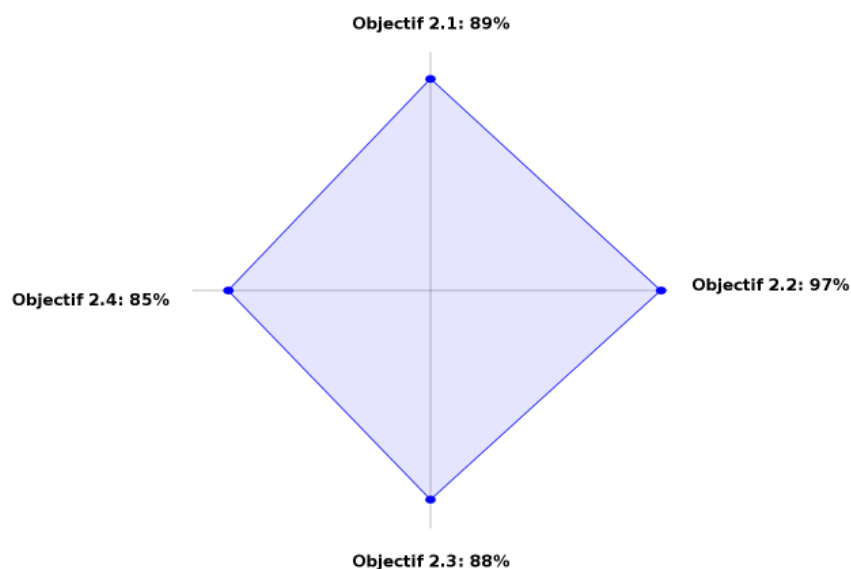


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	37%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	94%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	100%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	89%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	97%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	88%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	85%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes des secteurs de consultation et des secteurs d'hospitalisation se coordonnent pour assurer une prise en charge fluide et veiller à l'amélioration continue du parcours. En cas de prescription d'examen complémentaire (imagerie, biologie), le patient est accompagné dans la prise de rendez-vous.

Toutes les équipes de soins partagent un même outil : le dossier patient informatisé. Celui-ci est maîtrisé par l'ensemble des professionnels, leur permet d'accéder aux informations du patient et de tracer leurs interventions. Une "hot line" technique est à leur disposition si besoin. Tous les nouveaux professionnels sont formés à leur arrivée. Les équipes médicales et peuvent accéder au dossier médical partagé. Le dispositif est méconnu et doit être présenté à la CME prochainement. Un praticien référent vient d'être nommé.

Le projet de soins est élaboré en incluant l'ensemble des acteurs concernés par le parcours de soins. Les équipes peuvent faire appel si besoin à des correspondants experts (douleur, soins palliatifs, infectieux, addictologie etc...). En cas de maladie chronique, la transition adolescent – adulte est assurée.

La conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques, sur des populations ciblées : personnes âgées de plus de 65 ans, patients polymédicamentés. Le bilan médicamenteux est accessible dans le dossier du patient. Le bilan de la conciliation est réalisé mais n'aboutit pas à un plan d'actions spécifique formel.

La démarche palliative fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. En cas de besoin, les équipes peuvent solliciter l'équipe mobile de soins palliatifs.

Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients. Le service diététique est systématiquement associé pour les prises en charge le nécessitant : présence en hôpital de jour de chimiothérapie, intégration au parcours de prise en charge des enfants et adolescents souffrant d'obésité, intervention à la demande des équipes. L'établissement évalue les caractéristiques nutritionnelles des repas qu'il délivre et s'assure qu'ils correspondent aux besoins des patients.

Le bloc opératoire est composé de trois salles dont une dédiée à l'endoscopie. Pour assurer la prise en charge césarienne code rouge, une salle reste toujours disponible et préparée à accueillir une parturiente. Il existe une charte du bloc opératoire mais celle-ci ne précise pas explicitement qu'une des deux salles de bloc est dédiée à la césarienne code rouge ainsi que les modalités d'ouverture. Par convention avec le CHU, une des salles du bloc est utilisée régulièrement par un chirurgien du CHU selon un calendrier défini.

La programmation est réalisée et validée de façon hebdomadaire par la cellule de régulation du Bloc opératoire. Le médecin anesthésiste réanimateur présent est identifié comme médecin coordonnateur médical du jour. Il est chargé de gérer les urgences et les modifications de programme. La programmation opératoire prend en compte la salle de surveillance post-interventionnelle (5 postes). La qualité des informations transmises entre les services conventionnels et le bloc opératoire ne fait pas l'objet d'une analyse régulière.

La maternité de niveau 1 dispose de deux salles de travail et une salle de consultation équipée pouvant

également servir pour les urgences. Seules les grossesses à bas risques (selon les critères de la HAS) sont prises en charge au centre hospitalier. Les autres sont adressées au CHU de Clermont-Ferrand. Les Informations obstétricales sont partagées via le dossier patient informatisé mais également via un logiciel territorial permettant l'accès aux données obstétricales par les autres maternités du territoire si besoin. Dès le début de grossesse, un projet de naissance est élaboré avec les futurs parents s'ils le souhaitent. Les situations de vulnérabilité sont partagées en staffs médico-psycho-sociaux hebdomadaires.

Dans les structures ambulatoires de psychiatrie, des dispositions structurées et connues favorisent un accès précoce aux soins. Le lien avec le médecin généraliste est assuré. Mais il n'est pas toujours tracé. Le plan de prévention partagé, pour les patients le nécessitant, n'est pas généralisé. Pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge, l'équipe utilise l'échelle RUD (Risque-Urgence- Dangerosité), et la trace dans le dossier du patient. Le dispositif Vigilans vient juste d'être initié. Tout patient hospitalisé en psychiatrie bénéficie d'une prise en charge somatique. La présence d'un médecin somaticien dans le service en permet la réalisation et le suivi.

Les transports intrahospitaliers des patients sont réalisés par une équipe de brancardage formée. Les délais et conditions de transport sont adaptés. Les patients sont informés des destinations et horaires en temps réel.

La sortie d'hospitalisation est anticipée et organisée. L'établissement a fortement mobilisé les équipes médicales sur la remise de la lettre de liaison le jour de la sortie. Le suivi des indicateurs montre une très nette progression dans l'ensemble des secteurs. La transmission des informations nécessaires à la continuité des soins est assurée. Avant la sortie de l'enfant, le carnet de santé n'est pas toujours mis à jour.

Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. L'établissement a défini une gouvernance de l'identitovigilance, avec des procédures et des règles connues. Les professionnels savent identifier les non-conformités et les déclarer au référent identitovigilance. La cellule d'identitovigilance est en charge de l'analyse et la résolution des erreurs d'identité, ainsi que de la gestion des cas complexes de qualification de l'identité nationale de santé.

Le circuit du médicament est globalement maîtrisé. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments. Toute prescription conditionnelle est argumentée en référence à une valeur seuil. La délivrance des médicaments est adaptée aux besoins des services. L'analyse pharmaceutique est réalisée. L'avis du pharmacien est sollicité par le prescripteur si besoin. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé. Le stockage des produits de santé se fait dans de bonnes conditions, excepté à la pharmacie où le local a une surface contrainte et n'offre pas des conditions optimales de rangement. Ce point d'amélioration est prévu dans le schéma directeur immobilier à venir. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments en suivant la règle des 5B (bon médicament, bon moment, bonne administration, bonne dose, bon patient). Les professionnels sont formés à la prévention des risques d'erreur médicamenteuse. Dans chaque unité, les listes des médicaments à risques sont adaptées à l'activité et connues des professionnels. Le circuit de préparation des chimiothérapies est réalisé et contrôlé par des professionnels habilités. Les « OK cure » sont donnés par l'oncologue avant chaque traitement. Les erreurs médicamenteuses font l'objet de CREX (comité de retour d'expérience) permettant une analyse en équipe, la mise en œuvre d'un plan d'action et son suivi.

L'établissement dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composée d'un praticien, de deux infirmières et d'une secrétaire. Les équipes soignantes respectent les précautions standard : indications d'hygiène des mains, friction hydroalcoolique, gestion des excréta et conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang. Des audits sont régulièrement réalisés par l'équipe d'hygiène. À la suite de résultats hétérogènes concernant la traçabilité du respect des précautions complémentaires, un rappel a été fait dans tous les services. A ce jour, la mise en œuvre est effective et tracée. La surveillance des taux d'infection liés aux dispositifs invasifs est assurée.

Pour tout acte de transfusion, une analyse bénéfices/risques est réalisée. Les professionnels connaissent les bonnes pratiques. Le comité de sécurité transfusionnelle conduit une démarche d'amélioration continue du process en lien avec l'ARS (Agence régionale de santé) et l'EFS (Établissement français du sang). Les professionnels sont habilités et les transporteurs internes sont formés. Une cartographie des risques a abouti à la décision institutionnelle de placer les patients ayant besoin d'une transfusion, seulement dans le service de médecine et en hôpital de jour, dans le but de s'assurer de la sécurisation optimale de cet acte.

Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales. Il existe un numéro unique d'appel dédié. Tous les professionnels sont formés. Les charriots d'urgence sont adaptés et contrôlés. Des exercices de simulation sont déployés. Le dispositif est évalué.

Les examens radiologiques sont effectués par des professionnels habilités. La pertinence de prescription de rayonnements ionisants est argumentée. Le compte-rendu d'examen intègre la mention des doses de rayonnement reçues.

L'établissement dispose d'un SMUR (équipe mobile d'urgence) en lien avec le SAMU du CHU de Clermont-Ferrand. Le dossier médical pré-hospitalier comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient. Les indicateurs de fonctionnement sont recueillis mais ne sont pas exploités à des fins d'amélioration des pratiques.

Aux urgences, dès l'accueil, le tri est réalisé par une infirmière d'accueil et d'orientation formée à cette fonction. Après une première évaluation, le patient est orienté vers le circuit adapté au degré de priorisation. Les personnes âgées et les enfants sont placés aussitôt dans des box. En raison de locaux contraints, et en cas d'affluence, les patients non prioritaires peuvent attendre sur des brancards dans le couloir. L'accompagnement par un proche est autorisé. Il n'existe pas de dispositif permettant d'informer les patients en salle d'attente, sur les délais d'attente.

La prise en charge anesthésique des patients est argumentée et intégrée aux comptes-rendus de la consultation et visite préanesthésiques. Les professionnels tracent la conformité des équipements d'anesthésie. L'aptitude à la sortie de SSPI est évaluée sous condition de score et validée médicalement.

La prescription d'antibioprophylaxie est systématiquement réalisée dès la consultation pré-anesthésique ou préopératoire. Elle est tracée dans le dossier du patient. L'antibioprophylaxie est argumentée et conforme au protocole en fonction du type de chirurgie et du terrain. Il n'a pas été réalisé récemment d'audit d'antibioprophylaxie.

Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques liés aux équipements et pratiques professionnelles. Elles réalisent toutes les étapes de préparation du patient et d'antisepsie cutanée selon

les protocoles en vigueur. Les conformités des équipements et des salles sont tracées.

Les professionnels qui ont la charge de la désinfection des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles sont formés et habilités. La liste du parc actif des dispositifs est actualisée. Les conditions et circuits de désinfection et de stockage des dispositifs sont conformes aux bonnes pratiques. La référence est tracée dans le compte-rendu de l'examen, Pour chaque dispositif un carnet de vie regroupe toutes les informations le concernant : actes réalisés, opérations de nettoyage désinfection, de maintenance ou de contrôle microbiologique. Les résultats des contrôles microbiologiques de ces dispositifs, sont réalisés par un prestataire extérieur, transmis et analysés par l'EOH, et partagés avec les équipes qui sont alertées en cas de non-conformité des résultats.

Le parcours du patient en chirurgie ambulatoire est sécurisé. L'équipe remet un passeport ambulatoire systématiquement à tous les patients. Ceux-ci sont revus à leur sortie par un médecin et sont rappelés le lendemain après retour à domicile.

La check-list est adaptées au secteur d'endoscopie et à la césarienne code rouge. Elle est systématiquement réalisée de façon exhaustive par les équipes des blocs opératoires et des secteurs interventionnels à chaque étape, en présence des professionnels concernés. Les équipes des blocs opératoires n'ont pas mis en œuvre d'évaluation des modalités de réalisation de la check-list selon la méthodologie préconisée par la HAS et formalisé de plan d'actions d'amélioration.

En obstétrique, l'équipe est formée à la maîtrise des risques liés à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal et aux manœuvres obstétricales. Le matériel d'urgence vitale en cas d'hémorragie du post-partum est conforme, disponible et vérifié. Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né. L'ensemble des professionnels de santé prenant en charge des nouveau-nés en secteur naissance et maternité est formé par simulation à la prise de fonction et tout au long de leur exercice professionnel, formations organisées par le réseau périnatal. L'accompagnement de l'allaitement est inscrit dans une démarche qualité formalisée (formation spécifique, professionnel formé avec un temps dédié...). Une sage-femme spécialisée (DU lactation) est référente formatrice et assure une consultation lactation. Les professionnels analysent les résultats de leurs pratiques et mettent en œuvre des mesures d'amélioration. Les événements indésirables sont analysés lors de CREX réalisés en lien avec le réseau périnatal.

En santé mentale, la décision d'isolement prise par un psychiatre, assortie ou non d'une prescription de contention, est tracée dans le dossier patient. Un examen psychiatrique et somatique est réalisé au moment de la mise en isolement. Les conditions d'accueil et le suivi en chambre d'isolement sont conformes. Toutefois, la reprise de l'épisode de crise afin d'éviter la récurrence n'est pas toujours réalisée et tracée.

Les instances médicales et soignantes identifient les évolutions de bonnes pratiques clinique ou organisationnelles nécessaires au regard de leur activité. Les équipes adaptent leurs protocoles et procédures. Celles-ci sont accessibles sur le site de gestion documentaire. Des indicateurs d'alerte sont suivis (durée de séjour, taux de réhospitalisation...) par la gouvernance et l'encadrement de pôle ou de service mais n'aboutit pas toujours à la formalisation d'actions d'amélioration.

La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure. La surveillance de la consommation et des résistances aux antibiotiques est réalisée, avec une grande réactivité, par les équipes de soins en lien avec les pharmaciens hospitaliers, le référent en

antibiothérapie et le laboratoire externe de biologie.

Le recours à des mesures restrictives de liberté est limité autant que possible par les équipes qui veillent au respect de la liberté d'aller et venir des patients et privilégient des alternatives thérapeutiques. Quand celles-ci sont prises, elles sont argumentées, tracées et réévaluées quotidiennement. L'information est donnée aux patients concernés et à leur entourage.

Les équipes sont sensibilisées au développement de soins écoresponsables et présentent certaines actions dans lesquelles elles sont engagées. Toutefois, elles ne sont pas toujours associées à l'évaluation de l'impact de celles-ci.

La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe.

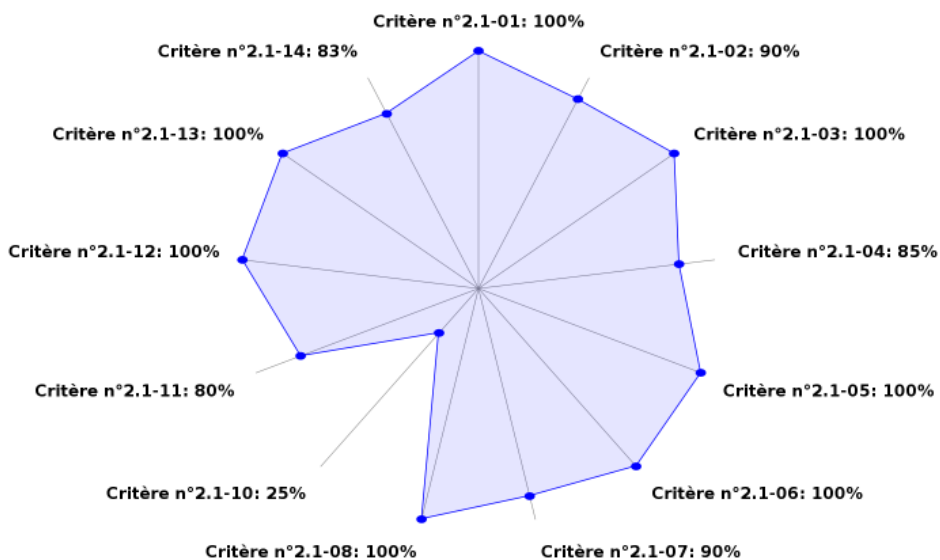
Les équipes suivent les indicateurs de qualité et de sécurité des soins et conduisent des actions d'amélioration continue. Celles-ci sont intégrées dans le programme institutionnel (PAQSS). Le bilan est présenté aux instances. Le développement d'indicateurs de pratique clinique est hétérogène.

Des audits de prévention du risque infectieux sont réalisés au bloc opératoire et des actions d'améliorations sont mises en place et suivies. L'analyse des indicateurs de fonctionnement du bloc opératoire et des écarts de programmation n'est pas effectuée.

Le laboratoire de biologie est externalisé. Il est accrédité COFRAC. Le service d'imagerie conduit une démarche d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins. Les événements indésirables sont analysés et donnent lieu à des actions d'amélioration.

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

Score de l'objectif **89%**

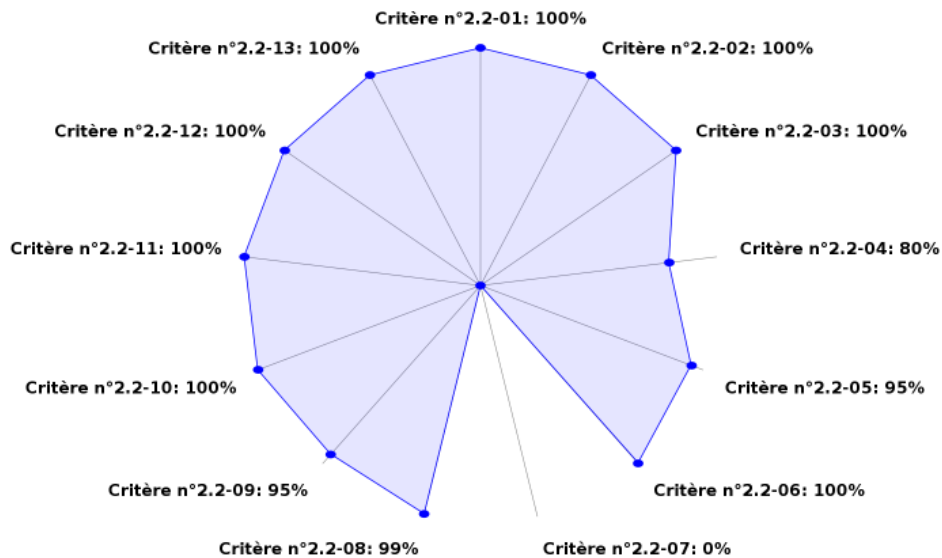


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	90%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	85%
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%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	90%
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	25%
	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte	

2.1-11	suicidaire tout au long de la prise en charge	80%
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	83%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **97%**

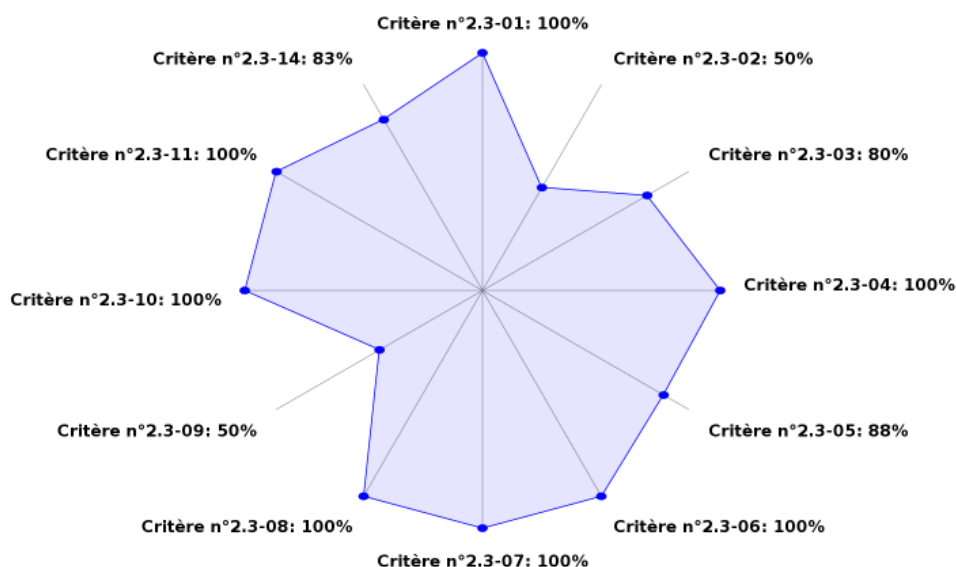


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	80%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	95%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	99%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	95%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
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 **88%**

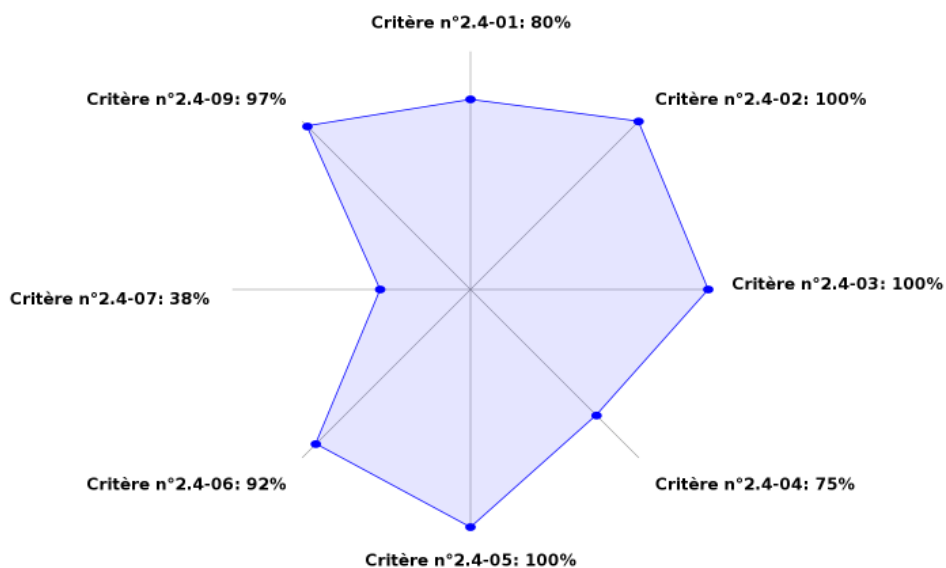


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	50%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	80%
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	88%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
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 »	50%
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	83%

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

Score de l'objectif **85%**

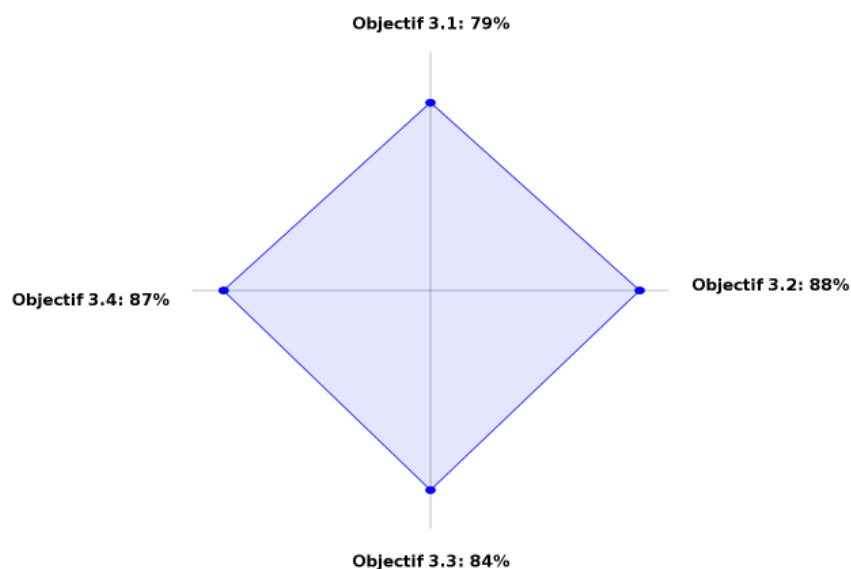


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	80%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	75%
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	92%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	38%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	97%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **84%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	79%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	88%
3.3	Le positionnement territorial	84%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	87%

Synthèse du chapitre 3

Le centre hospitalier de Thiers est en direction commune avec le Centre hospitalier d'Ambert et trois EHPAD se situant sur les bassins de vie de Thiers et d'Ambert. Il a également un mandat de gestion pour un quatrième EHPAD dont la fusion est attendue pour le 1^{er} janvier 2026. La certification hospitalière s'inscrit dans un contexte marqué par : un renouvellement important de la gouvernance de l'établissement (nomination dans les six derniers mois des directeur, directeur des soins, directeur adjoint, président de CME), une situation budgétaire et financière critique, un retard pris dans l'exécution des travaux de restructuration de l'hôpital de Thiers, des tensions dans certaines disciplines médicales et paramédicales, une réingénierie nécessaire de la direction commune. Dans ce contexte, la préparation à la certification a été saisie par la gouvernance médico-administrative comme l'opportunité d'améliorer l'identification et la qualité des filières de soins prioritaires ainsi que des parcours patients intra-hospitaliers, de poursuivre l'amélioration des organisations et des pratiques de soins, et de revoir certains travaux de restructuration en veillant à intégrer les dimensions d'humanisation (douches dans les chambres par exemple) et de fluidification des parcours (rapprochement imagerie- urgences, ou bloc opératoire- unité ambulatoire pour exemples).

La CME et la direction impulsent une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, et se sont engagés conjointement dans un document mis à jour récemment. Ils s'appuient sur un Comité de pilotage, une équipe opérationnelle qualité sécurité des soins ainsi que sur des professionnels experts tels que l'équipe opérationnelle d'hygiène, le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux, un binôme médical et paramédical de coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, des vigilants sanitaires. Dans cette dynamique, des contrats de pôle viennent d'être définis et intègrent les indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS). Les binômes chefs de service- cadres de santé sont maintenant identifiés comme référents qualité du service. La politique qualité sécurité des soins est déclinée en programme d'actions transversales et par service. Il fait l'objet d'un suivi par l'équipe qualité et d'un bilan annuel présenté en COPIL qualité et aux instances.

La culture qualité sécurité des soins a été évaluée auprès de l'ensemble des professionnels en 2022 et en 2025. L'établissement dispose d'un logiciel de gestion documentaire informatisée connu des professionnels, comprenant un volet dispositif de déclaration des événements indésirables associés aux soins. Les événements graves sont déclarés sur le portail de l'ARS et font l'objet d'une RMM (revue de morbi-mortalité) ou de CREX (comité de retours d'expérience). Ce dispositif est connu des professionnels. Les événements indésirables et plans d'actions qui en découlent font l'objet d'un suivi par l'équipe qualité. Les équipes sont incitées à déclarer les presqu'accidents.

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Elle repose sur un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles conforme, des personnes ressource (compétences médicales et paramédicales), une cellule de crise opérationnelle. Des exercices ont été réalisés et ont été suivis de RETEX (retours d'expérience).

Le comité éthique vient juste d'être mis en place. Une première réunion s'est tenue et a permis de valider sa composition (avec présence d'un représentant des usagers), ses missions et d'approuver le règlement intérieur. Du fait de son installation récente, il est méconnu des professionnels.

L'établissement dispose d'un référent en identitovigilance, partagé avec le Centre hospitalier d'Ambert. Il s'appuie sur une cellule d'identitovigilance territoriale. Une procédure de contrôle des identités de soins est disponible. Des actions de formation et de sensibilisation sont réalisées auprès des professionnels et des patients.

Le centre hospitalier de Thiers conduit une politique active de recrutement qui lui a permis de mettre récemment à niveau ses effectifs et d'assurer ainsi une continuité des soins pour toutes les unités. L'organisation et la gestion du temps de travail sont repensées, en lien avec les partenaires sociaux, en fonction du capacitaire cible, des recommandations de la SFAR et de la qualité de vie au travail (passage en 12h00 ou semaine de 4 jours dans les secteurs en tension notamment). Les services peuvent faire appel à un pool de remplacement. Le recours à l'intérim est limité et maîtrisé. Des temps partagés médicaux permettent d'assurer une présence spécialisée sur le site. Des internes sont régulièrement intégrés et bénéficient d'une journée d'accueil dédiée. Un plan de formation accompagne le développement de compétences et les projets de diplômes universitaires, de promotions professionnelles et de formation d'infirmières de pratiques avancées. Les formations par simulation mises en place portent essentiellement sur la gestion des urgences vitales dans tous les secteurs et sur la maîtrise des risques en obstétrique.

Une charte managériale ainsi qu'un dispositif de mentorat pour les faisant fonction de cadres viennent d'être mis en place. Une formation pour les binômes chefs de service et cadres est programmée juste après la visite de certification ainsi qu'une 2eme session en 2026.

L'établissement dispose d'un service de santé au travail, lequel peut être sollicité directement par les professionnels si besoin.

Le DUERP (document unique d'évaluation des risques professionnels) a été mis à jour en lien avec les services.

Deux référents radioprotection sont présents dans le service d'imagerie.

La politique de qualité de vie au travail (QVT) est fondée sur un suivi d'indicateurs, un diagnostic QVT réalisé par un prestataire externe en 2024 en lien avec des professionnels de l'hôpital, et le rapport social. De nombreuses actions sont mises en œuvre (guide relatif au temps de travail, télétravail, réorganisations du temps de travail, lisibilité de la politique salariale...).

En cas de difficultés interpersonnelles et de conflits, un dispositif de médiation et de conciliation peut être mobilisé. Tout professionnel peut le saisir par le biais d'un mail spécifique.

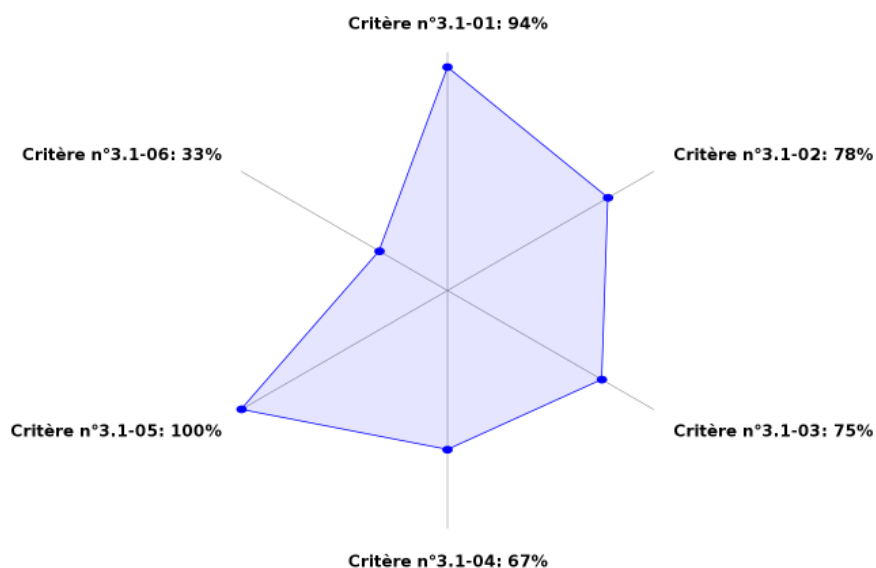
Le centre hospitalier de Thiers s'inscrit dans un maillage territorial fort en lien avec le CHU de Clermont-Ferrand (établissement support du GHT), l'hôpital de Vichy et l'ensemble des acteurs médicaux et médico-sociaux ville -hôpital. La messagerie sécurisée en santé a été déployée facilitant les liens entre hospitaliers et libéraux. Des travaux sont conduits en lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), concourant notamment à l'amélioration du parcours des personnes âgées. L'établissement participe au PRADO insuffisance cardiaque et a renforcé ses filières en lien avec différents réseaux (obésité, périnatal...). Dans le cadre de la politique d'aller vers et de l'axe santé précarité du Contrat Local de Santé, l'hôpital porte le service de médiation en santé. Il dispose également d'une consultation PASS (Permanence d'accès aux soins). Les prises en charge non programmées sont organisées. Le bed management a été mis en place et permet d'optimiser la fluidité

des parcours. Un travail important a été réalisé pour prévenir les transferts évitables des personnes âgées : équipe mobile gériatrique (activité intra et extra hospitalière), priorisation aux urgences, téléconsultation, permanence téléphonique... Un annuaire avec numéros d'appel directs aux services de spécialité, a été diffusé aux médecins libéraux. Une enquête sur la joignabilité vient d'être initiée.

La politique d'entretien et de maintenance des locaux est effective. L'établissement est engagé dans une politique développement durable. Celle-ci repose sur le rapport sur la Responsabilité Socio Environnementale annuel qui fait le bilan des actions réalisées et fixe les prochains axes de travail. Une référente développement durable est désignée et anime le comité de pilotage trimestriel. La maternité est labellisée THQSE (Très Haute Qualité Sanitaire, sociale et Environnementale). Différentes actions concernant la mobilité durable ont été réalisées pour les professionnels et les usagers. Le tri des déchets a été optimisé avec notamment le développement de 23 filières de tri. La télésanté se met en place progressivement sur les disciplines identifiées comme éligibles.

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

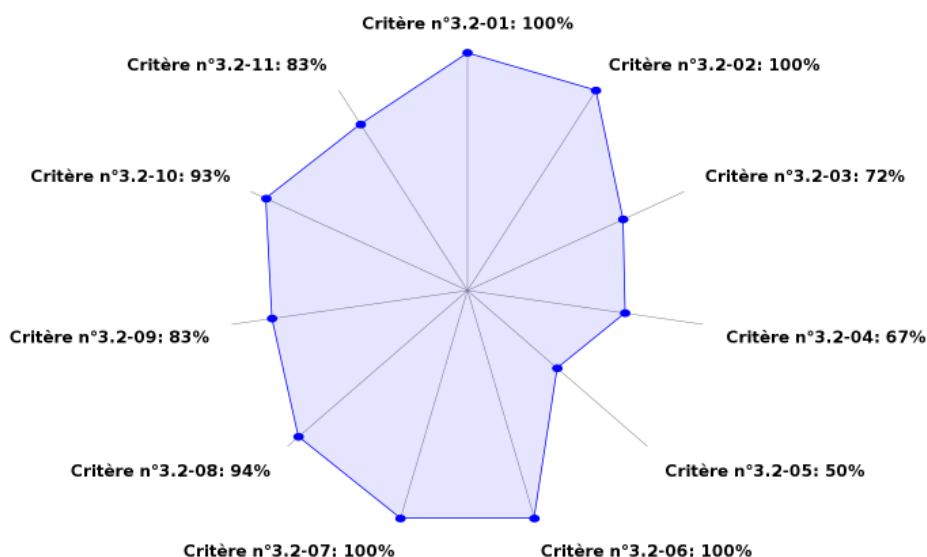
Score de l'objectif **79%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	94%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	78%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	67%
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	33%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **88%**

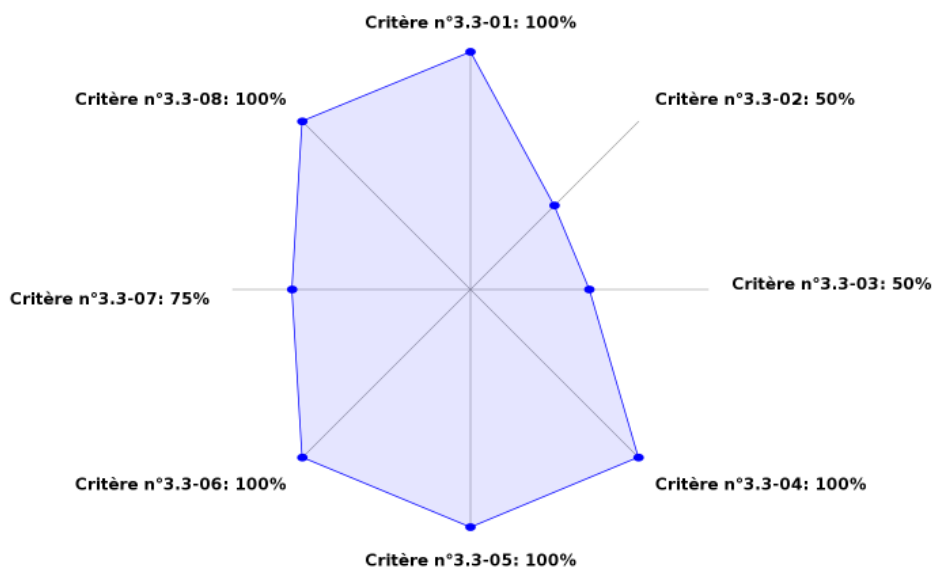


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	72%
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	50%
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	94%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	83%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	93%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	83%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

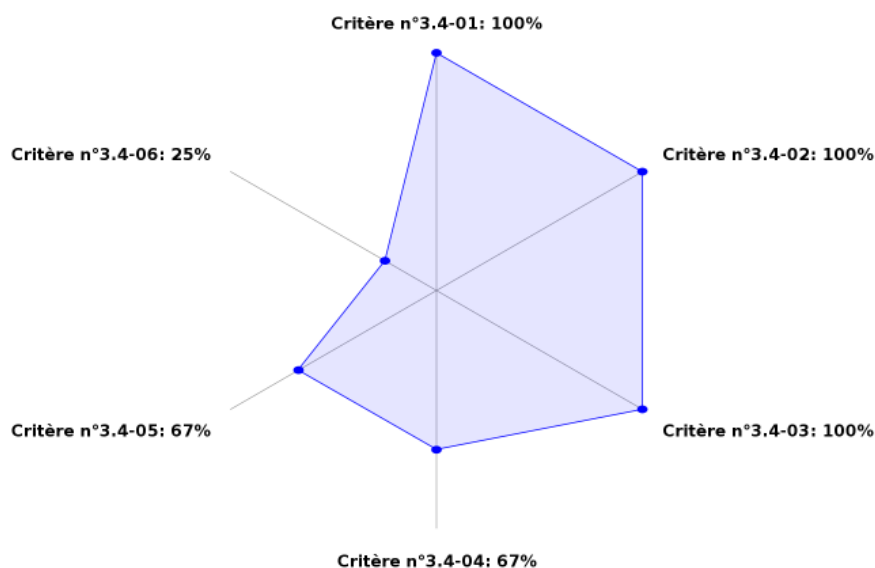
Score de l'objectif **84%**



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	50%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	50%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	75%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **87%**



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	67%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	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	25%

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

