



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
PSYCHOTHERAPIQUE
DE L'ORNE**

Bp 358

31 rue anne-marie javouhey

61000 Alençon



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	9
Les évaluations réalisées pendant la visite	10
La décision	11
Les résultats	12
Les résultats des critères impératifs et avancés	13
Chapitre 1 : Le patient	16
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	16
Synthèse du chapitre 1	17
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	20
Objectif 1.2 : L'information du patient	21
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	22
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	24
Chapitre 2 : Les équipes de soins	25
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	25
Synthèse du chapitre 2	26
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	29
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	31
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	33
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 PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	
Adresse	Bp 358 31 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon FRANCE
Département / Région	Orne / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	610780025	CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE L'ORNE	31 RUE ANNE-MARIE JAVOUHEY 61014 ALENCON FRANCE
Établissement géographique	610790388	IJ- HOPITAL DE JOUR L'AIGLE	1 rue du docteur rouyer 61300 L'Aigle FRANCE
Établissement géographique	610788713	G05 - HOPITAL DE JOUR ARGENTAN	Place Henri Marsac 61200 Argentan FRANCE
Établissement géographique	610788705	HÔPITAL DE JOUR DÉPARTEMENTAL "LES MARGUERITES"	16 rue de la vicomté 61200 Argentan FRANCE
Établissement géographique	610790354	CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE INTERSECTORIEL	25 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon FRANCE
Établissement géographique	610790339	G04 - CMP MORTAGNE	9 rue de longny 61400 Mortagne-Au-Perche FRANCE
Établissement géographique	610790305	I01 - CMP BELLÊME	Place boucicault 61130 Belleme FRANCE
Établissement géographique	610790172	I01 - CMP VIMOUTIERS	3 rue abbe crestey 61120 Vimoutiers FRANCE
Établissement			1 rue du Docteur Rouyer

géographique	610789901	I01 - CMP L'AIGLE	61300 L'Aigle FRANCE
Établissement géographique	610787574	I02 - CMP LA FERTÉ-MACÉ	Rue soeur marie boïtier 61600 La Ferte Mace FRANCE
Établissement géographique	610787566	I02 - CMP ARGENTAN	16 rue de la vicomté 61200 Argentan FRANCE
Établissement géographique	610787558	I01 - CMP MORTAGNE	6 rue du colonel guerin 61400 Mortagne Au Perche FRANCE
Établissement géographique	610787525	G04 - CMP VIMOUTIERS	60 rue pont vautier 61120 Vimoutiers FRANCE
Établissement géographique	610787517	I01 - CMP ALENCON	93/95 rue de lancrel 61000 Alencon FRANCE
Établissement géographique	610787509	G05 - CMP ALENCON	76bis rue jullien 61000 Alencon FRANCE
Établissement géographique	610787491	G04 - CMP BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme FRANCE
Établissement géographique	610787475	I02 - CMP DOMFRONT	28 rue la gare 61700 Domfront FRANCE
Établissement géographique	610787467	G05 - CMP LA FERTE MACE	Rue Sœur Marie Boitier 61600 La Ferte Mace FRANCE
Établissement géographique	610787459	I02 - CMP FLERS	269 rue jacques prévert 61100 Flers FRANCE
Établissement géographique	610787434	G05 - CMP ARGENTAN	45bis rue aristide briand 61200 Argentan FRANCE
Établissement géographique	610784084	G04 - CMP L'AIGLE	Allée Raoul Barbé 61300 L'Aigle FRANCE
Établissement géographique	610008864	G04 - CATTIP VIMOUTIERS	60 rue pont vautier 61120 VIMOUTIERS FRANCE
Établissement géographique	610008856	G05 - CATTIP SEES	79 rue de la république 61500 SEES FRANCE
Établissement géographique	610007973	G05 - CATTIP ALENCON	31 rue anne-marie javouhey 61000 ALENCON FRANCE

Établissement géographique	610007965	G05 - CMP SEES	79 rue de la république 61500 SEES FRANCE
Établissement géographique	610002578	G04 - CATT MORTAGNE	9 rue de longny 61400 MORTAGNE AU PERCHE FRANCE
Établissement géographique	610005639	G04 - CATT BELLEME	Place boucicault 61130 Belleme FRANCE
Établissement géographique	610790552	I01 - CATT MORTAGNE	6 rue du colonel guérin 61400 Mortagne Au Perche FRANCE
Établissement géographique	610790545	G05 - CATT LA FERTE MACE	22 rue d'Alençon 61600 La Ferte Mace FRANCE
Établissement géographique	610790537	G05 - CATT ARGENTAN	45 bis rue aristide briand 61200 Argentan FRANCE
Établissement géographique	610790511	G01 - CATT PERSONNES AGEES ALENCON	Rue anne marie javouhey 61014 Alencon FRANCE
Établissement géographique	610790487	G04 - CATT L'AIGLE	Allée Raoul Barbé 61300 L'Aigle FRANCE
Établissement géographique	610004061	I02 - CATT LA FERTÉ-MACÉ	Rue soeur marie boitier 61600 La Ferte Mace FRANCE
Établissement géographique	610004053	I02 - CATT ARGENTAN	16 rue de la vicomté 61200 Argentan FRANCE
Établissement géographique	610004046	I02 - CATT FLERS	269 rue jacques prévert 61100 Flers FRANCE
Établissement géographique	610004020	I01 - CATT VIMOUTIERS	3 rue abbe crestey 61120 Vimoutiers FRANCE
Établissement géographique	610004012	I01 - CATT BELLÊME	Place boucicault 61130 Belleme FRANCE
Établissement géographique	610004004	I01 - CATT L'AIGLE	1 rue du Docteur Rouyer 61300 L'Aigle FRANCE
Établissement géographique	610003980	I01 - CATT ALENCON	Espace itard - 31 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon FRANCE

Établissement géographique	610790560	ATELIER THÉRAPEUTIQUE SITE D'ALENÇON	31 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon FRANCE
Établissement géographique	610002545	ATELIER THÉRAPEUTIQUE SITE DE L'AIGLE	10 rue du docteur frinault 61300 L'Aigle FRANCE
Établissement principal	610000028	CPO SITE D'ALENÇON	Bp 358 31 rue anne-marie javouhey 61000 Alencon 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

 Santé mentale et psychiatrie

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



Évalué **6** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **17** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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

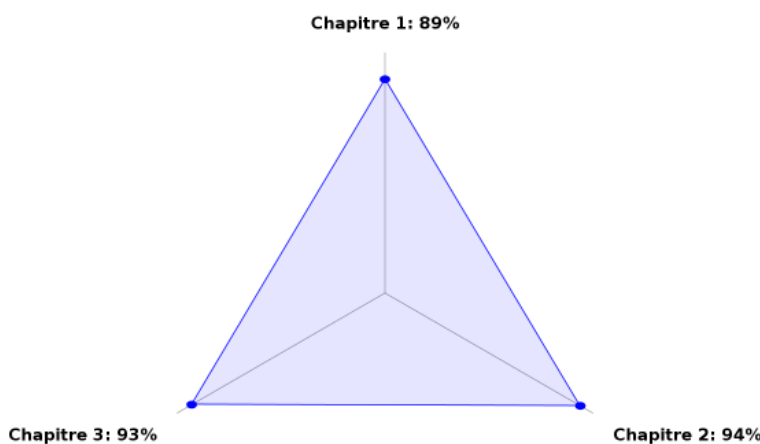
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	89%
Chapitre 2	Les équipes de soins	94%
Chapitre 3	L'établissement	93%

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.

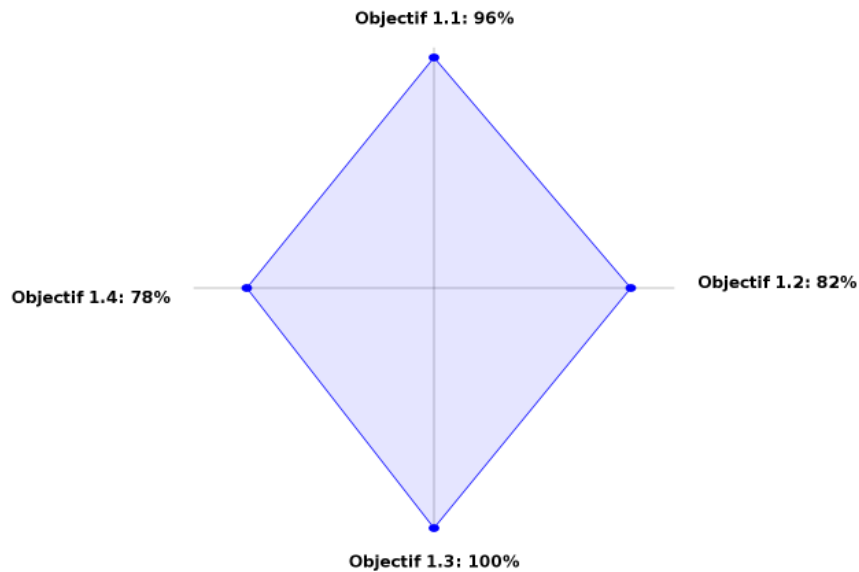
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	95%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	92%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge 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	87%
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.	95%
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	70%
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	80%
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	75%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	Non Applicable
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	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%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **89%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	96%
1.2	L'information du patient	82%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	100%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	78%

Synthèse du chapitre 1

Dans l'ensemble des secteurs d'activités, quelles que soient les modalités de prise en charge, le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. Il a la possibilité de fermer sa chambre à son initiative.

Sur le site principal, l'établissement est composé d'un ensemble de bâtiments situés dans un vaste parc. Plusieurs d'entre eux ont un caractère historique et ne répondent plus à l'ensemble des exigences en matière d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, notamment celles présentant des déficits visuels. Pour pallier ces contraintes architecturales, l'hôpital a engagé un programme pluriannuel de rénovation et de modernisation de ses unités et équipements, qui disposent dans l'ensemble de locaux spacieux et lumineux, composés pour la quasi-totalité de chambres individuelles.

Des espaces sont aménagés pour permettre l'accueil des familles.

Les mineurs sont accueillis dans des locaux dédiés répondant à leurs besoins. Ils ne sont pas hospitalisés dans les secteurs adultes.

La confidentialité des informations est garantie. L'aménagement des locaux et les pratiques des professionnels assurent cette confidentialité. Les agents sont régulièrement sensibilisés au caractère sensible des connexions au dossier patient informatisé.

Le patient est informé, de façon adaptée, de son droit à rédiger des directives anticipées. Des équipes ont désigné un infirmier référent pour aborder cette question au moment opportun. Celles-ci sont généralement retrouvées dans le dossier du patient. Toutefois, le CPO n'a pas mis en œuvre d'action avec ses correspondants externes pour informer, en amont de l'hospitalisation, les patients sur l'importance de rédiger de telles directives.

Les patients bénéficient de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement leur douleur. Ils témoignent positivement de l'apaisement ressenti. Les professionnels disposent d'outils d'évaluation et sont formés à leur utilisation. Des modalités non médicamenteuses de prise en charge sont proposées. La traçabilité de la prise en charge de la douleur est effective, y compris lorsque les prescriptions sont conditionnelles ; le seuil déclenchant l'administration des antalgiques est clairement paramétré. Une évaluation des pratiques professionnelles est réalisée depuis 2023, et le CLUD a mis en place des audits croisés entre unités sur la thématique du soulagement de la douleur. Les résultats transmis montrent une amélioration régulière de ces derniers. L'indicateur IQSS spécifique est renseigné et, depuis 2024, la CME en assure un suivi régulier. Des réunions entre les professionnels et la direction qualité se tiennent dans les unités pour examiner l'ensemble des indicateurs IQSS. Cependant, la traçabilité de la réévaluation de la douleur n'a été retrouvée que majoritairement dans les dossiers audités.

Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante. Les soins sont personnalisés ; l'accompagnement et le maintien de l'autonomie sont recherchés.

L'hôpital est organisé pour la prise en charge d'une éventuelle maltraitance externe qui serait identifiée. Le cas échéant, les signalements aux autorités sont effectués et suivis.

Dans l'ensemble des secteurs d'activités et pour toutes les modalités d'accueil, l'information du patient est assurée sur l'organisation de sa prise en charge, et son implication est recherchée. Un livret d'accueil est remis, les pathologies sont expliquées. Les consignes en prévision de la sortie sont détaillées, et une lettre de liaison, remise par l'infirmière coordonnatrice avec toutes les explications utiles concernant le traitement et les rendez-vous ultérieurs, est remise au patient. Cependant, pour les prises en charge ambulatoires, le patient ne dispose pas d'un document de type « passeport » l'informant des conduites à tenir en cas de difficultés.

D'une façon générale, si l'information sur les représentants des usagers figure dans le livret d'accueil et est disponible dans toutes les unités, les patients ne témoignent généralement pas de la connaissance de ceux-ci ni des associations.

Le patient est informé des bénéfices et des risques liés à sa prise en charge, qui lui sont expliqués. Il est sollicité, ou le cas échéant sa personne de confiance, pour exprimer son consentement et son adhésion au projet de soins proposé. Ce dernier est élaboré après une évaluation pluridisciplinaire et intègre les souhaits des patients, et pour la pédopsychiatrie, ceux de l'enfant et de ses parents. Le cas échéant, la fratrie bénéficie aussi d'entretiens sur la pathologie de leur frère ou sœur. Les objectifs du projet de soins sont individualisés et prennent en compte les situations de handicap, de précarité et la recherche de l'inclusion sociale.

Le projet de soins et ses objectifs sont tracés dans le dossier du patient et régulièrement revus.

En pédopsychiatrie, des liens étroits sont établis avec l'Éducation Nationale pour maintenir la scolarisation des enfants.

Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé. Les affichages dédiés à la prévention sont en place dans l'ensemble des unités.

Avec l'accord du patient, les proches et, le cas échéant, la famille élargie sont associés à la prise en charge.

Le CPO est organisé pour recueillir la satisfaction de ses patients. Des questionnaires sont régulièrement diffusés à l'ensemble des instances et dans les services, et leurs résultats sont suivis. Les éventuelles actions d'amélioration sont incluses dans le programme d'amélioration de la qualité. Le recueil de l'expérience est réalisé au moyen des réunions soignants/soignés en place dans l'ensemble des unités et de l'utilisation de la méthode du Patient Traceur. Des items relatifs au recueil de l'expérience sont inclus dans les questionnaires de satisfaction. L'utilisation de questionnaires de type PREMS ou PROMs fait l'objet d'une réflexion institutionnelle pour leur adaptation aux prises en charge des différentes unités et sites.

Au moment de la visite, le CPO n'avait pas encore pu recruter de patient partenaire.

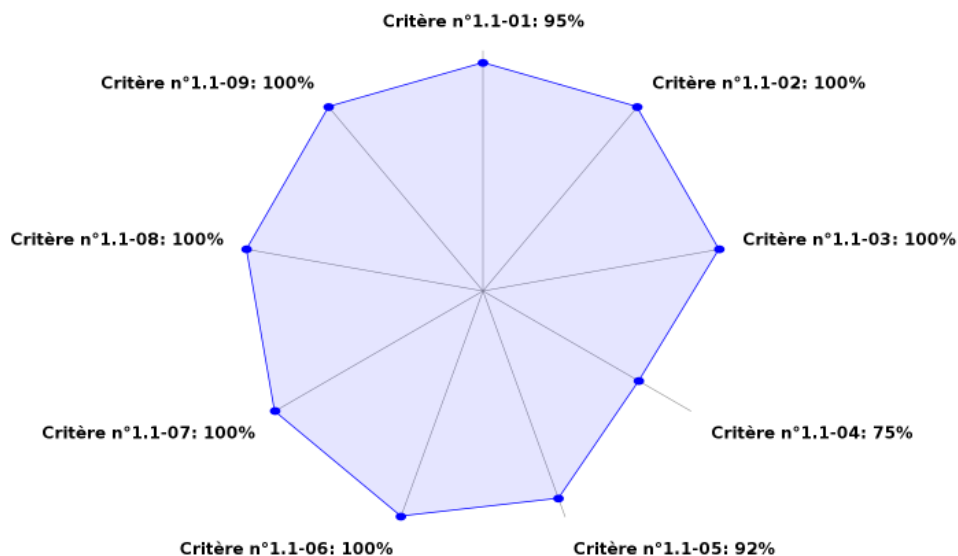
Le CPO associe les représentants des usagers à son fonctionnement qui participent activement à la vie de l'hôpital. Un projet des usagers est formalisé et inclus dans le projet d'établissement.

Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions. La Commission des Usagers est destinataire des événements indésirables associés aux soins et des plans d'actions d'amélioration. Elle a également connaissance des demandes d'accès au dossier par les malades et

des délais de transmission. Les recommandations proposées par la CDU sont intégrées dans les plans d'actions des services. Toutefois, si les représentants des usagers sont destinataires des synthèses produites par l'établissement, ils ne sont pas associés à l'analyse de la satisfaction telle qu'exprimée par les patients.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

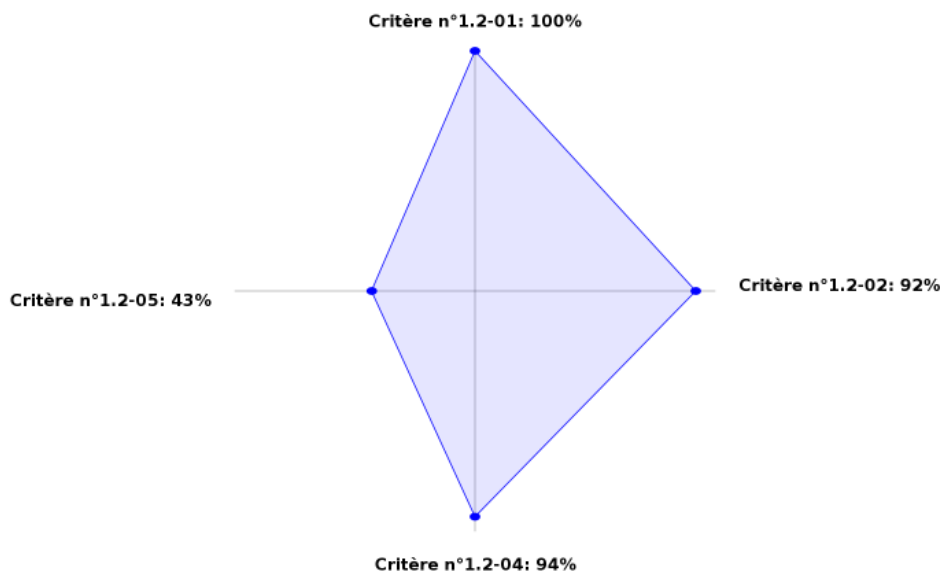
Score de l'objectif **96%**



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	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	75%
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	100%
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	100%
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

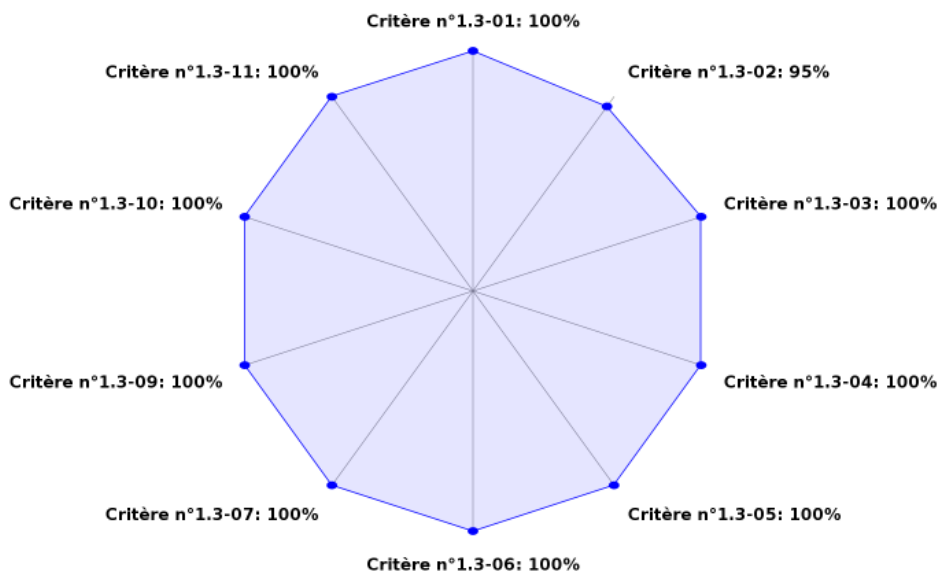
Score de l'objectif **82%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	92%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	94%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	43%

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

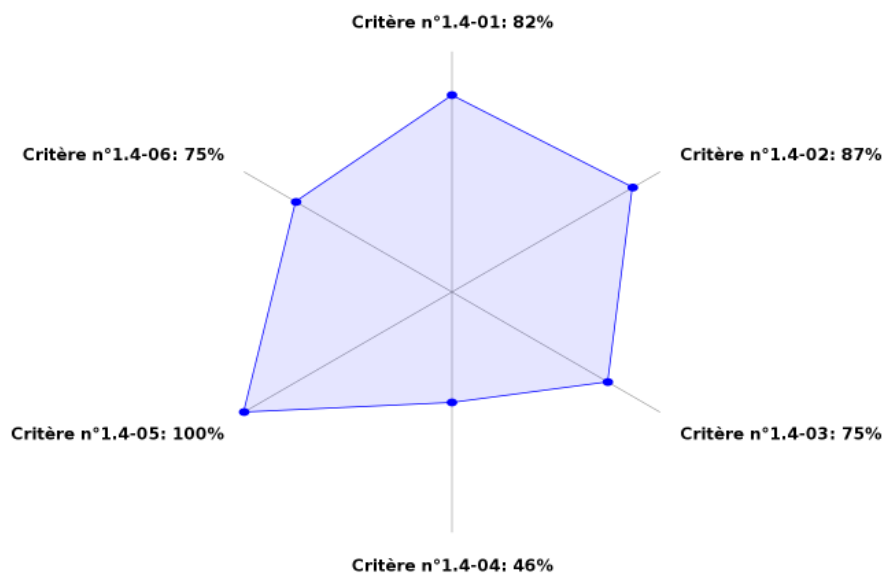
Score de l'objectif **100%**



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	95%
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%
1.3-09	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	100%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **78%**

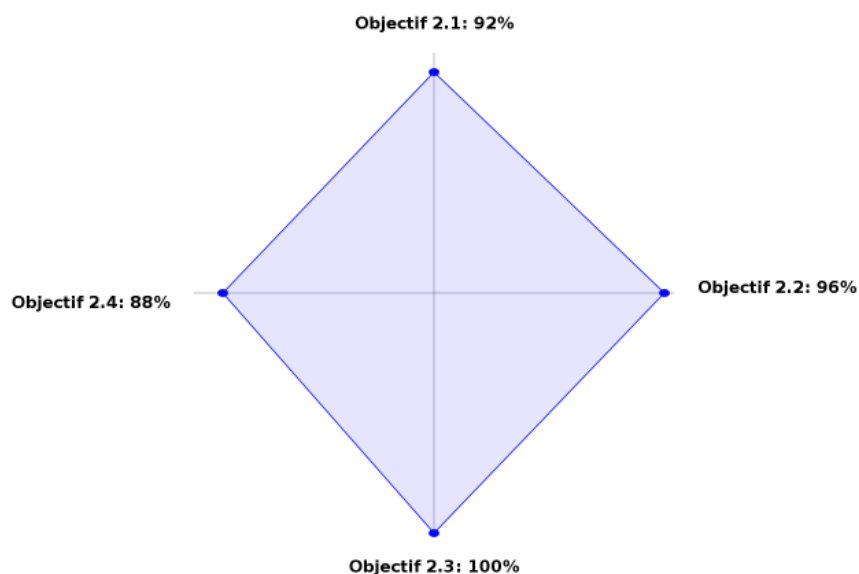


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	82%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	87%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	46%
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	75%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **94%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	92%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	96%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	100%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	88%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes de l'ensemble des secteurs d'activité se coordonnent tout au long des prises en charge. Des transmissions, des réunions cliniques, des synthèses sont organisées régulièrement. Les informations nécessaires à cette coordination sont facilement accessibles en permanence via le dossier informatisé. Les évaluations réalisées ont confirmé la bonne maîtrise de cet outil par les professionnels. L'accès au dossier médical partagé est organisé.

Un projet de soins est élaboré de manière pluridisciplinaire, en recherchant le consentement du patient. Le lien entre les services de pédiatrie et les secteurs de pédopsychiatrie a été observé lors des évaluations. Pour la transition enfant/adulte, une synthèse clinique est organisée six mois avant le transfert éventuel vers une structure adulte.

La conciliation médicamenteuse « d'entrée » est réalisée pour l'ensemble des patients par l'équipe de pharmacie. Les informations issues de cette démarche sont intégrées au dossier et font l'objet d'échanges entre la pharmacie et les médecins prescripteurs. Toutefois, l'évaluation de la pertinence de cette démarche n'est pas effectuée.

Pour les prises en charge palliatives, les équipes peuvent, si besoin, faire appel à l'équipe mobile spécialisée du GHT.

Les besoins nutritionnels des patients sont identifiés et pris en compte tout au long du séjour. Les repas des enfants sont adaptés.

L'accès précoce aux soins est organisé afin de réduire les délais d'attente. Sur les CMP, un médecin et une infirmière disposent de plages dédiées pour permettre des rendez-vous rapides. La démarche d'élaboration des plans de prévention est engagée. Des réunions avec les équipes médicales des SAU sont en place mais l'analyse des hospitalisations en situation de péril imminent n'est que partiellement réalisée.

Le risque suicidaire est systématiquement évalué en hospitalisation complète et en hôpital de jour, y compris en pédopsychiatrie. Des protocoles et supports de suivi sont disponibles. Les professionnels sont formés à la prévention et à la prise en charge de ce risque. L'inclusion dans le dispositif Vigilans est systématique pour les patients concernés et peut être réalisée directement à partir du dossier patient informatisé. Des RMM sont organisées pour chaque situation le nécessitant. Des évaluations de pratiques professionnelles sont en place sur la gestion de ce risque.

Tous les patients bénéficient d'une évaluation somatique à l'entrée et d'un suivi régulier. En cas de besoin, des médecins spécialistes externes peuvent être sollicités.

La continuité des soins est assurée lors des transferts. Une lettre de liaison est remise au patient, transmise aux correspondants externes et versée dans le dossier médical partagé. L'indicateur ad hoc montre une amélioration constante de la remise au patient au moment de la sortie. Toutefois, la mise à jour du carnet de santé des enfants n'est généralement pas réalisée.

La prise en charge médicamenteuse est organisée et totalement informatisée. La prescription est réalisée par des professionnels habilités (médecins, internes et infirmiers en pratique avancée), dont la

liste est tenue à jour. Les bonnes pratiques de prescription sont respectées. Les prescriptions conditionnelles, notamment d'antalgiques, sont paramétrées afin que les informations nécessaires aux infirmiers soient renseignées. Un livret du médicament ainsi qu'un guide d'antibiothérapie sont accessibles. Les prescriptions d'antibiotiques font l'objet d'un suivi spécifique et d'un audit annuel.

Le traitement habituel du patient est pris en compte et intégré dans l'analyse pharmaceutique, qui porte sur l'ensemble des prescriptions. La prise en compte des interventions des pharmaciens est tracée. La dispensation des médicaments est hebdomadaire et nominative.

Les modalités d'approvisionnement et de stockage des produits de santé sont maîtrisées.

L'administration des médicaments respecte les bonnes pratiques. La confidentialité de cette administration a été observée. Le programme d'auto-administration des médicaments n'est pas engagé.

La formation des professionnels à la prévention du risque médicamenteux est effective. L'Intranet comprend un espace dédié à la prise en charge médicamenteuse, regroupant des supports de formation en ligne et des documents de référence.

Une liste des médicaments à risque est formalisée et diffusée ; elle est connue des professionnels. Les molécules concernées sont identifiées dans les lieux de stockage et dans le DPI par un code couleur (anti-infectieux, stupéfiants, anticoagulants). Cependant, cette liste est unique pour les prises en charge adultes et enfants ; la pharmacie prévoit de la différencier.

Les erreurs médicamenteuses font l'objet d'analyses. Plusieurs évaluations des pratiques professionnelles sont mises en œuvre. Un audit régulier est réalisé sur la conformité des lieux de stockage. La méthode du traceur ciblé est déployée dans l'ensemble des unités.

Les bonnes pratiques d'hygiène sont définies et diffusées. Les professionnels rencontrés ont témoigné de leur bonne connaissance des protocoles. Des kits de gestion des infections sont disponibles. Les précautions standard et complémentaires sont respectées et, le cas échéant, expliquées au patient, avec une traçabilité dans le dossier. Les équipes peuvent recourir à l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière.

La prise en charge d'une urgence vitale est organisée. Les professionnels sont régulièrement formés et à jour de leur certification AFGSU. Les matériels, périodiquement contrôlés, sont disponibles dans toutes les unités, et des retours d'expérience (REX) sont réalisés après chaque situation significative. Les exercices de mise en situation ont été effectués dans toutes les unités d'hospitalisation complète et sont programmés pour les structures ambulatoires.

L'établissement dispose d'une cartographie des défibrillateurs semi-automatiques installés. La localisation sur le site principal n'a pas été évaluée pour en apprécier l'opportunité.

Concernant l'accessibilité des équipements, certaines unités situées dans des bâtiments historiques peuvent être réparties sur deux niveaux avec le rez-de-chaussée pour les locaux d'activité et de vie, et les chambres au premier étage, accessible par ascenseur et escaliers. Dans ces unités, le chariot d'urgence est transféré la nuit au premier étage. L'évaluation du dispositif est réalisée partiellement via les CREX et le recueil des événements indésirables. L'établissement a pris en compte la nécessité d'une évaluation globale de son dispositif.

Le CPO est engagé dans une démarche visant à réduire les mesures d'isolement et de contention. Le nombre de chambres dédié à ces mesures a été volontairement réduit. Seule une unité en est équipée sur le site principal. La coordination entre les équipes médicales et administratives pour le suivi de ces pratiques est effective. Des procédures sont disponibles et des alternatives ont été mises en œuvre : formation des professionnels et aménagement d'espaces d'apaisement dédiés dans les unités. La prescription médicale est systématiquement tracée dans le DPI. La surveillance des patients est assurée et également tracée. Les mesures de contention restent exceptionnelles. Un examen somatique et un suivi sont systématiquement réalisés. Les espaces dédiés ont été rénovés : spacieux et lumineux, ils disposent d'un accès extérieur et garantissent l'intimité, la dignité et la sécurité du patient. Pendant la présence d'un patient dans l'espace d'isolement, un infirmier est spécifiquement affecté à la surveillance et présent dans l'espace dédié. À la sortie de l'isolement, un entretien de reprise avec le patient est organisé. La CME assure un suivi régulier de ces mesures.

L'hôpital assure une veille régulière des recommandations de bonnes pratiques, qui sont diffusées aux professionnels. Plusieurs évaluations des pratiques professionnelles sont mises en œuvre, soit de manière transversale au niveau du CPO, soit au niveau des unités. Cependant, l'analyse de la pertinence des parcours n'est généralement pas réalisée.

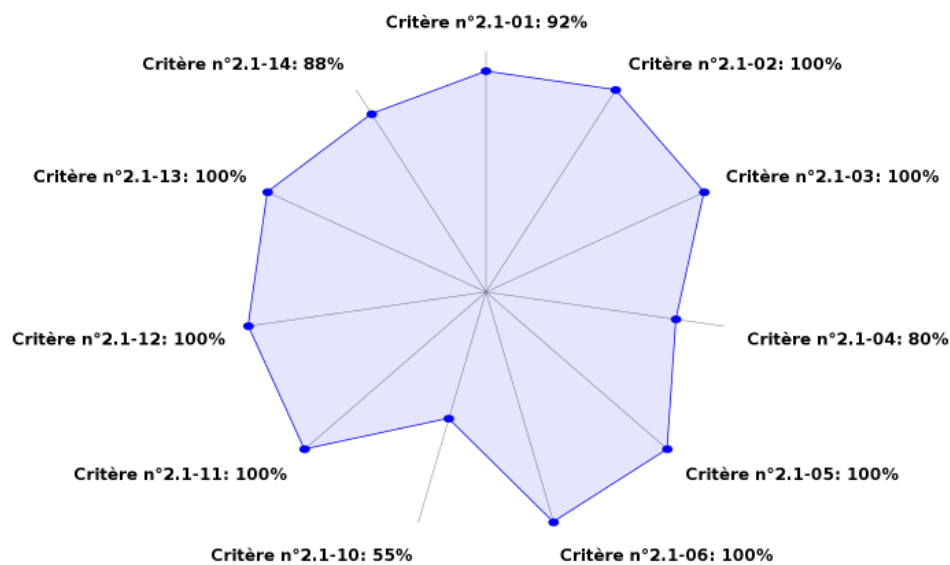
Le bon usage des antibiotiques est suivi. Un référent est désigné, des audits sont effectués et le volume des prescriptions est recueilli. Le DPI est paramétré pour garantir la justification des prescriptions et leur réévaluation systématique.

Le recours aux mesures de restriction de liberté fait systématiquement l'objet d'une prescription médicale, d'une analyse bénéfices/risques en équipe et de réévaluations régulières. Toutefois, il a été observé sur un site le retrait systématique d'objets jugés dangereux (coupants, tranchants, mais aussi contenant en verre ou métal) lors de l'admission, sans réévaluation régulière au cours du séjour ; les patients devant solliciter les équipes pour leur remise à disposition. L'équipe concernée a programmé l'organisation d'une revue de ces retraits en cours de séjour.

Les indicateurs qualité et sécurité des soins font l'objet d'un suivi systématique à chaque séance de la CME, qui veille à leur diffusion auprès des secteurs d'activité et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration pour en optimiser les résultats. La coopération permanente de la CME avec la Direction des Soins a été observée sur ce sujet.

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

Score de l'objectif **92%**

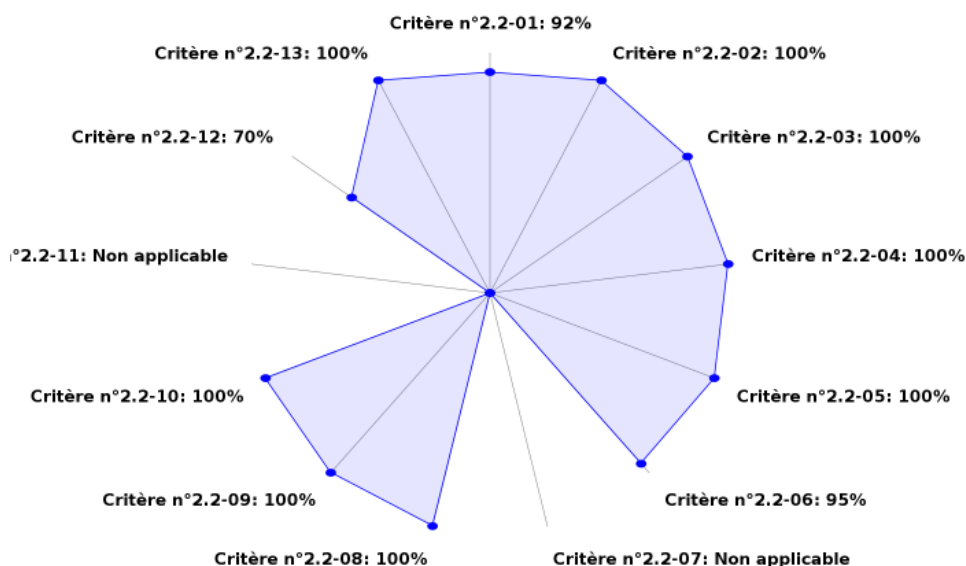


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	92%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en 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	55%
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	88%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **96%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	92%
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.	95%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	Non Applicable
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	70%
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%**

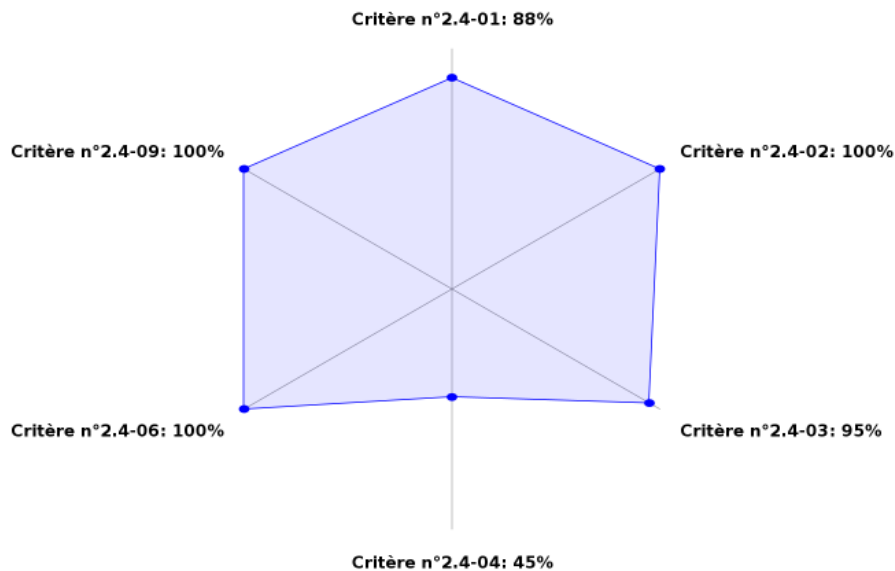
Critère n°2.3-14: 100%



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%

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

Score de l'objectif **88%**

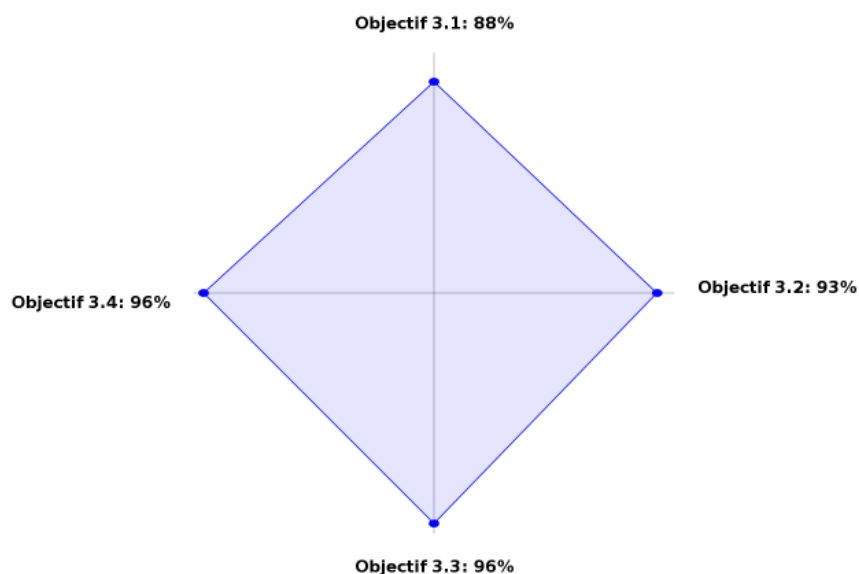


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	88%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	95%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	45%
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 **93%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	88%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	93%
3.3	Le positionnement territorial	96%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	96%

Synthèse du chapitre 3

Depuis la précédente visite, la CME, en lien avec la Direction des Soins et la Direction, a revu la politique qualité et sécurité des soins ainsi que son déploiement. Les actions d'appropriation du programme qualité ont été renforcées et la mise en œuvre des actions soutenue. Un suivi régulier de la progression des plans d'actions et des indicateurs est assuré lors des instances. Le renouvellement d'une part importante de l'encadrement paramédical a contribué à la mobilisation des équipes. Une enquête annuelle sur la culture qualité est déployée. Toutefois, la participation de la gouvernance à des « rencontres sécurité » n'est pas organisée.

La déclaration et l'analyse des événements indésirables sont structurées. Un suivi régulier est réalisé par la Direction Qualité. Les actions d'amélioration sont définies en coordination avec les équipes. Des analyses systémiques sont organisées après chaque événement significatif, et la diffusion des résultats est assurée. De même, les plaintes et réclamations sont instruites en lien avec les unités concernées. Cependant, la formation des professionnels à l'annonce d'un éventuel dommage lié aux soins n'était pas effective au moment de la visite et en cours d'organisation.

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est formalisée : les risques sont identifiés, une cellule de crise est définie et des exercices sont régulièrement réalisés.

Un espace éthique est en place et se réunit régulièrement. Il comprend un représentant des usagers.

La continuité des soins médicaux et paramédicaux est assurée dans l'ensemble des unités. Les professionnels peuvent joindre un médecin à tout moment, et des solutions sont prévues pour faire face aux absences imprévues. Le CPO ne recourt pas à l'intérim.

De nombreuses actions sont déployées pour le recrutement des métiers dits « en tension » : développement des relations avec les IFSI pour l'accueil des stagiaires, utilisation des réseaux sociaux, participation aux forums de recrutement, entre autres.

L'intégration des nouveaux arrivants est organisée dans un objectif de fidélisation, avec un dispositif comprenant la découverte de l'hôpital, un tutorat au moment de la prise de poste et un compagnonnage sur le long terme.

Les compétences des professionnels sont vérifiées et un plan de formation est défini annuellement. Des entretiens d'évaluation professionnelle sont régulièrement réalisés pour les personnels non médicaux et sont en cours de conception pour les personnels médicaux.

Les professionnels en situation d'encadrement ou de responsabilité sont formés et accompagnés dans leur prise de fonction. Ils sont sensibilisés et formés à la prévention et à la gestion des situations complexes de discrimination, de harcèlement ou de violences interprofessionnelles. Cependant, l'établissement ne dispose pas d'une charte managériale.

Un document unique d'identification des risques professionnels est disponible et régulièrement mis à jour. L'accès à la vaccination est encouragé et facilité. Les locaux et équipements favorisent l'exercice professionnel. Les professionnels connaissent les dispositifs d'appui disponibles au sein de l'établissement ou auprès de l'établissement support du GHT.

Le projet social, élaboré avec les représentants du personnel, inclut la politique de qualité de vie au travail du CPO, qui fait l'objet d'un suivi régulier.

Des temps d'expression sont organisés au sein des unités de travail. La gestion des conflits est structurée, mais la connaissance de l'ensemble des dispositifs en place reste partielle parmi les professionnels rencontrés.

Le travail en équipe est organisé et encouragé. Des temps d'analyse des pratiques sont identifiés. Toutefois, les démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe ne sont pas généralisées dans l'ensemble des unités.

Le CPO est un acteur majeur du projet territorial de santé mentale (PTSM) et, dans ce cadre, s'est impliqué dans la définition de parcours de prise en charge adaptés, en coordination avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire et en cohérence avec son projet médico-soignant. La coordination du PTSM est assurée par un professionnel de l'établissement.

L'axe principal du projet d'établissement est le développement de l'ambulatoire, et le CPO a organisé un maillage territorial pour répondre à l'objectif de proximité. L'installation de certaines unités dans d'autres établissements sanitaires du département facilite les liens avec leurs SAU. Des équipes de liaison sont présentes au sein de ces derniers. Un dispositif permet des consultations de téléexpertise, y compris la nuit.

L'hôpital a des conventions avec les autres établissements ou structures intervenant sur ses secteurs. Le CPO est également un membre actif des conseils de santé mentale et participe au dispositif d'appui à la coordination (DAC). Plusieurs équipes mobiles contribuent à la politique « d'aller-vers » de l'hôpital. Les unités d'hospitalisation complète disposent d'une infirmière coordinatrice chargée d'assurer les liens avec les structures d'aval.

L'établissement participe ou organise des CREX et RMM avec ses partenaires territoriaux. Il est membre des dispositifs départementaux visant à éviter les ruptures de prise en charge.

Les orientations du projet territorial sont intégrées dans les projets de service. Une organisation est en place pour accueillir des patients non programmés, notamment en ambulatoire, avec des plages dédiées. Des indicateurs sont suivis et analysés sur l'ensemble des prises en charge.

Pour les personnes âgées, un dispositif de coordination est en place avec l'identification d'un référent dans chaque CMP pour les EHPAD de leur secteur. La télémédecine est en cours de développement pour faciliter cette coordination.

Le CPO est aisément joignable et les coordonnées des différents services sont largement diffusées.

La recherche médicale et paramédicale est soutenue par la gouvernance. Le CPO est partenaire d'un projet régional de structuration de la recherche. Des collaborations sont mises en œuvre avec les CHU de Rouen et Caen sur des projets spécifiques (RTMS, psychoses résistantes, par exemple). Des réunions semestrielles sont organisées avec les équipes concernées. Des patients ont été inclus dans des protocoles. La recherche paramédicale est également active et certains projets ont donné lieu à des publications.

Le CPO participe à l'enseignement sur son territoire et accueille de nombreux stagiaires et étudiants. Il met en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique et dispose d'une équipe dédiée à cet effet. Cependant, ces programmes ne sont pas diffusés aux partenaires du territoire.

L'établissement assure l'entretien et la maintenance de ses installations. Il suit les conclusions des rapports de contrôle de sécurité. Les locaux sont propres.

Le projet d'établissement intègre une stratégie de développement durable. Des procédures favorisant les achats écoresponsables sont mises en œuvre en partenariat avec l'établissement d'Alençon Mamers, établissement support du GHT. Un référent Développement Durable est identifié. Un groupe « Carbone » est en place.

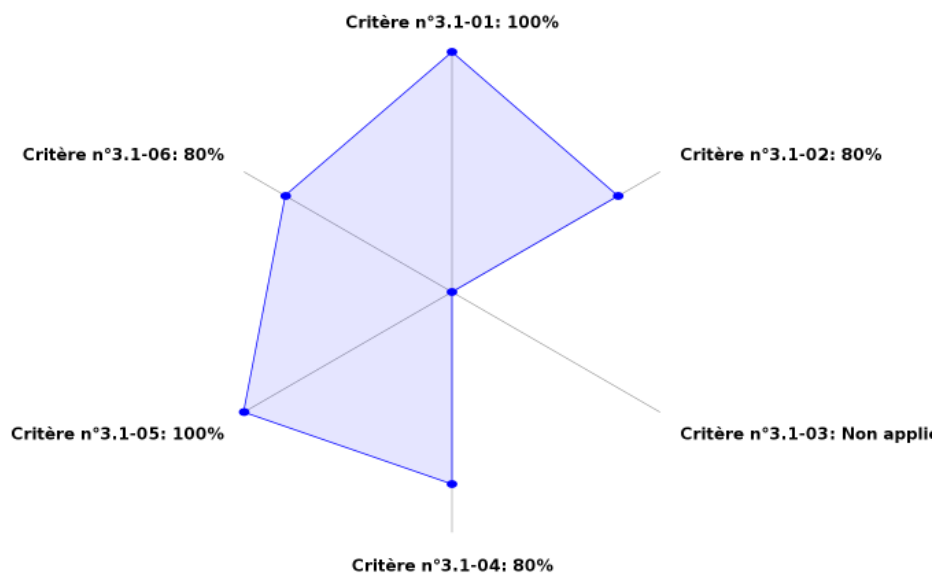
Les professionnels sont sensibilisés aux soins écoresponsables ainsi qu'à l'impact environnemental de leurs pratiques. Une journée dédiée au développement durable est organisée deux fois par an.

Les mobilités durables sont encouragées. Le tri des déchets est opérationnel.

Concernant la télésanté, l'établissement a mis en place l'organisation nécessaire à son développement et utilise la solution régionale proposée par le GRADES. Toutefois, l'évaluation des activités de télésanté n'est pas réalisée.

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

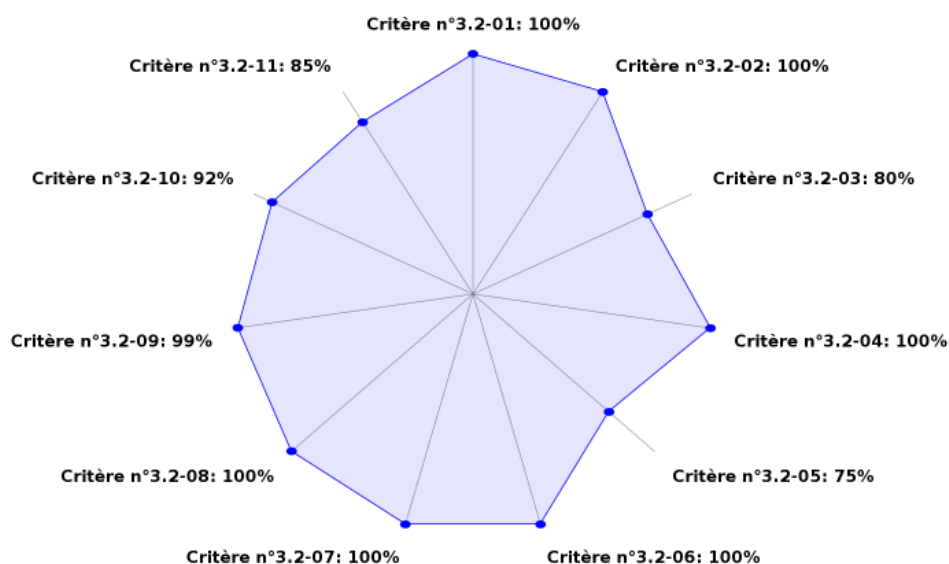
Score de l'objectif **88%**



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	80%
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 évènements indésirables dont les presqu'accidents	80%
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	80%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **93%**

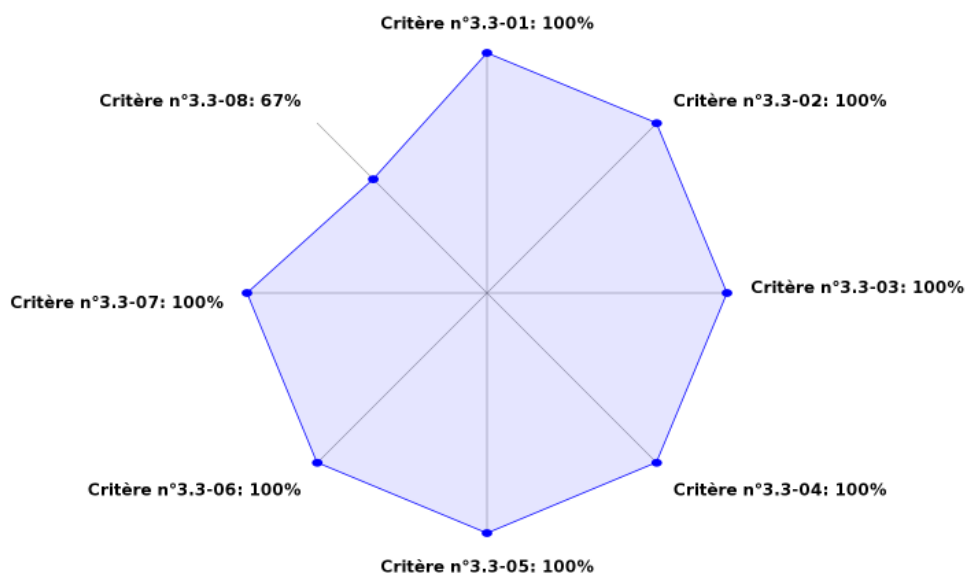


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	80%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
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	92%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	85%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

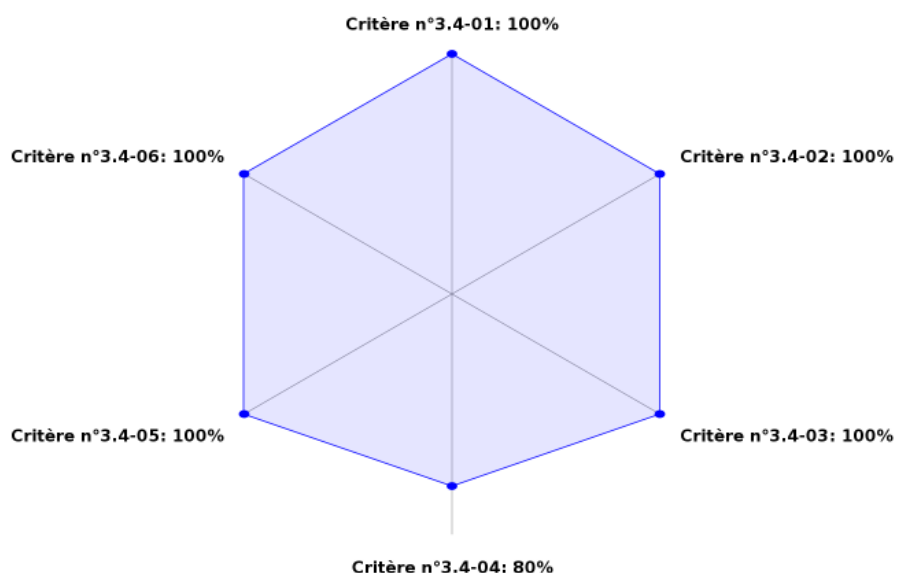
Score de l'objectif **96%**



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	67%

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

Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	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

