



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER SAINTE
MARIE DE RODEZ**

Bp 23207 - olemps
12032 Rodez



Validé par la HAS en Avril 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



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	19
Objectif 1.2 : L'information du patient	20
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	21
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	22
Chapitre 2 : Les équipes de soins	23
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	23
Synthèse du chapitre 2	24
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	27
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	29
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	31
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	32
Chapitre 3 : L'établissement	33
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	33
Synthèse du chapitre 3	34
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	37
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	38
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	40
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	41

Préambule

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

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

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

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

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DE RODEZ	
Adresse	Bp 23207 - olemps 12032 Rodez Cedex 9 FRANCE
Département / Région	Aveyron / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES FRANCE
Établissement géographique	120008636	USMP	2 RUE DE LISBONNE 12000 RODEZ FRANCE
Établissement géographique	120008644	EQUIPE MOBILE REHABILITATION CHSM	13 RUE STE CATHERINE 12000 RODEZ FRANCE
Établissement géographique	120008594	PLAC FAMILIAL THERAPEUTIQUE CHSM	CAYSSIOLS OLEMPES 12000 RODEZ FRANCE
Établissement géographique	120008602	Equipe Mobile de Psychiatrie de la Personne Agée	Cayssiols Olemps 12000 RODEZ FRANCE
Établissement géographique	120008560	HJ Lacombe	71 avenue Paul Ramadier 12300 DECAZEVILLE FRANCE
Établissement géographique	120008651	CATTP ESPALION	4 rue Georges Buchens 12500 ESPALION FRANCE
Établissement géographique	120008685	CATTP DECAZEVILLE CHSM	71 AVENUE PAUL RAMADIER 12300 DECAZEVILLE FRANCE

Établissement géographique	120008677	CATTP LA LOUISIANE CH MARIE	53 AVENUE CAYLET 12200 VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE FRANCE
Établissement géographique	120008669	CATTP CL CH MARIE	32 AVENUE CAYLET 12200 VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE FRANCE
Établissement géographique	120008610	CATTP CL CH MARIE	2 RUE DE LISBONNE 12000 RODEZ FRANCE
Établissement principal	120780283	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE DE RODEZ	Bp 23207 - olemps 12032 Rodez Cedex 9 FRANCE
Établissement géographique	120786058	HOPITAL DE JOUR LA LOUISIANE - CH SAINTE MARIE	53 avenue caylet 12200 Villefranche-De-Rouergue FRANCE
Établissement géographique	120786033	HOPITAL DE JOUR FONTVERGNES CH SAINTE MARIE	71 avenue paul ramadier 12300 Decazeville FRANCE
Établissement géographique	120004817	HOPITAL DE JOUR LE VERDIER- CH SAINTE MARIE	4 rue Georges Buchens 12500 Espalion FRANCE
Établissement géographique	120786231	CMP DE VILLEFRANCHE DE ROUERGUE - CH SAINTE MARIE	32 avenue caylet 12200 Villefranche-De-Rouergue FRANCE
Établissement géographique	120786223	CMP CLINIQUE RODEZ	2 rue de lisbonne 12000 Rodez FRANCE
Établissement géographique	120785563	CMP ESPALION CHSM	16 avenue de saint-pierre 12500 Espalion FRANCE
Établissement géographique	120785555	CMP DE DECAZEVILLE - CH SAINTE MARIE	71 avenue paul ramadier 12300 Decazeville FRANCE

Établissement géographique	120005772	CMP DE NAUCELLE - CH SAINTE MARIE	5 avenue de l'étang 12800 Naucelle FRANCE
Établissement géographique	120005764	CMP SAINT GENIEZ D'OLT - CH SAINTE MARIE	avenue d'Espalion Lot le Vidal 12130 Saint-Geniez-D'Olt FRANCE
Établissement géographique	120005756	CMP DE REQUISTA - CH SAINTE MARIE	16 avenue de la vallée du Tarn 12170 Requista FRANCE
Établissement géographique	120004189	HOPITAL DE JOUR SAINT FRANCOIS	Avenue seguret saincric 12000 Rodez FRANCE
Établissement géographique	120003769	HOPITAL DE JOUR LA CLE DES CHAMPS - CHS SAINTE MARIE	Le rial 12340 Gabriac FRANCE
Établissement géographique	120004239	HOPITAL DE JOUR - CLINIQUE SAINTE MARIE	32 avenue caylet 12200 Villefranche De Rouergue FRANCE
Établissement géographique	120003538	CMP CAPDENAC - CH SAINTE MARIE	14 rue carnot 12700 CAPDENAC GARE FRANCE
Établissement géographique	120004809	CLINIQUE SAINTE MARIE DE VILLEFRANCHE - CH SAINTE MARIE	32 avenue caylet 12200 VILLEFRANCHE DE ROUERGUE FRANCE
Établissement géographique	120004759	CLINIQUE DE BOURRAN	2 rue de lisbonne 12000 Rodez FRANCE
Établissement géographique	120004098	CATTP NAUCELLE STE MARIE	5 avenue de l'étang 12800 Naucelle FRANCE
Établissement géographique	120005178	CATTP CRPS CHSM	9 rue abbe bessou 12000 Rodez FRANCE

Établissement géographique	120004825	APPARTEMENT THERAPEUTIQUE RODEZ CH SAINTE MARIE	13 cite cardaillac 12000 Rodez 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 **10** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **12** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **23** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 3 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 9 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
- 3 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 **19** 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 :

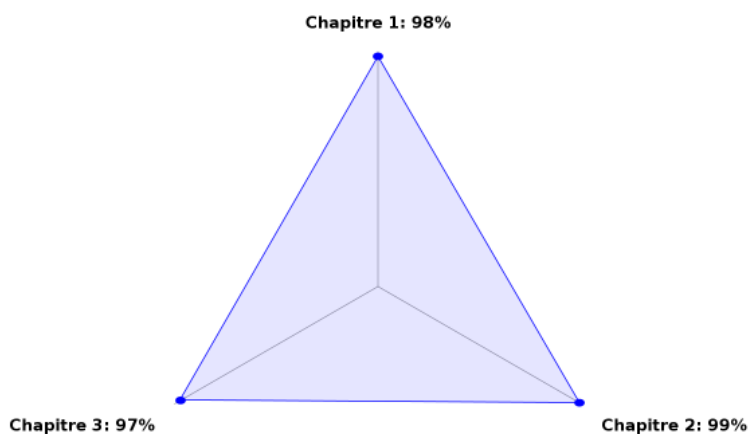
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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 a le plaisir d'attribuer la certification avec mention "Haute Qualité des soins", une distinction qui reflète l'engagement de l'établissement et des équipes dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. 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	98%
Chapitre 2	Les équipes de soins	99%
Chapitre 3	L'établissement	97%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

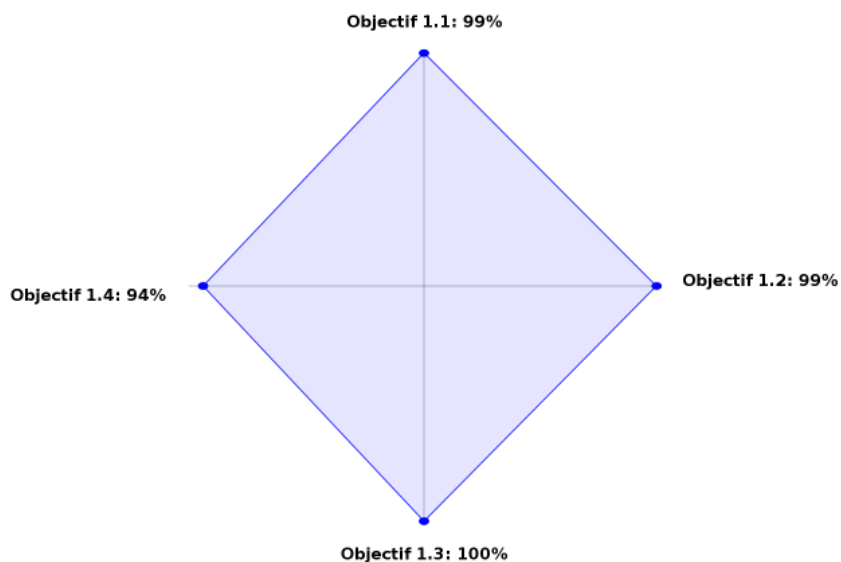
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	99%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge 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	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	99%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	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	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	33%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	50%
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 **98%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	99%
1.2	L'information du patient	99%
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	94%

Synthèse du chapitre 1

Pour toutes les modalités de prise en charge et dans l'ensemble des unités, les pratiques professionnelles garantissent le respect de la dignité, de l'intimité et assurent la sûreté du patient.

L'établissement est composé de plusieurs sites, dont le principal regroupe des bâtiments à caractère historique avec de larges espaces ouverts permettant des déambulations sécurisées. Une démarche de rénovation des unités, associant les professionnels, est engagée afin d'offrir des conditions d'accueil spacieuses et confortables. Les équipements sont également adaptés aux différents profils de patients : parcours de stimulation sensorielle, espaces d'activité, d'apaisement et de défoulement, par exemple.

Les chambres sont individuelles et disposent de sanitaires. Un dispositif de badge est progressivement déployé pour permettre aux patients d'accéder à leur chambre de façon sécurisée et préserver leur intimité.

L'établissement accueille des adolescents de 16 à 18 ans. À la date de la visite, cette prise en charge était assurée temporairement à la demande expresse de l'ARS, dans le cadre de l'organisation des autorisations de pédopsychiatrie du département. L'accueil des adolescents dans les unités répond à leurs besoins spécifiques de soins et de sécurité, mais ne permet pas une séparation avec les adultes.

La confidentialité et le secret professionnel sont respectés, y compris lors de l'utilisation des outils informatiques.

Les équipes informent les patients, de façon adaptée à leur profil, de leur droit à rédiger des directives anticipées. Le cas échéant, elles peuvent recourir à des professionnels « ressources ». Des équipes organisent des rencontres hebdomadaires avec les nouveaux patients pour la présentation des unités ou animent des cafés-débat sur les droits du patient.

La prise en charge de la douleur est effective : le patient est sollicité pour exprimer sa douleur, les évaluations et réévaluations sont tracées. Les professionnels disposent et proposent des approches non médicamenteuses.

Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante ; ses besoins sont évalués tout au long du séjour. Il reçoit l'information nécessaire à l'exercice de ses droits, également disponible dans les unités et le livret d'accueil. Les patients rencontrés soulignent la bienveillance des professionnels, mais certains ne savent pas comment accéder à leur dossier.

Les équipes savent identifier les situations de maltraitance potentielle.

Dans les situations de fin de vie, les volontés du patient sont prises en compte et, le cas échéant, l'établissement assure les prises en charge palliatives conformément à ces dernières.

Le patient reçoit les informations utiles à son séjour. Le livret d'accueil et les affichages complètent les échanges avec les professionnels sur son diagnostic et ses traitements. L'information sur l'alimentation du DMP est relayée, mais tous les patients n'en témoignent pas.

Les informations sur les représentants des usagers et les associations susceptibles de soutenir le patient sont largement diffusées.

Le cas échéant, les équipes mobiles anticipent les hospitalisations en lien avec l'entourage.

Les informations et consignes en prévision de la sortie sont détaillées et, si nécessaire, un accompagnement social est proposé.

L'engagement du patient dans son projet de soins est recherché par l'ensemble des équipes. Cet engagement se construit progressivement à partir de son consentement et de l'évaluation globale et régulière de ses besoins et préférences. Le cas échéant, la personne de confiance est associée à cette évaluation.

Le projet est tracé dans son dossier. Différentes actions d'éducation thérapeutique sont mises en œuvre selon les types de prise en charge. Elles sont complétées par des actions relatives aux problèmes métaboliques, à la nutrition et à l'activité physique.

Pour les patients âgés ou en situation de handicap, le projet est adapté et vise le maintien de l'autonomie. Un ergothérapeute est disponible et des référents handicap peuvent être sollicités. Des documents spécifiques sont diffusés.

Des messages de santé publique sont largement présents sur l'ensemble des sites et repris sur les écrans des salles d'attente.

Les locaux sont adaptés pour permettre l'accueil des proches. Leur implication est facilitée avec l'accord du patient. Le programme de psychoéducation BREF est déployé.

Les équipes sollicitent le patient pour qu'il exprime sa satisfaction. Il est informé des possibilités de faire une réclamation, de signaler un événement indésirable ou de solliciter un médiateur. Quelques patients ne connaissent pas l'ensemble des dispositifs existants.

Plusieurs types d'enquêtes de satisfaction sont utilisés, internes et nationales ; leurs résultats sont affichés et régulièrement partagés au niveau des services pour définir des actions d'amélioration.

L'expérience du patient est également recherchée. Le déploiement des questionnaires de recueil de l'expérience patient est soutenu et donne lieu à un plan de développement.

L'implication des équipes dans ce recueil a notamment abouti à la création d'un support spécifique, la « Palette des émotions », outil de médiation graphique conçu pour faciliter l'expression du vécu émotionnel après une mesure d'isolement.

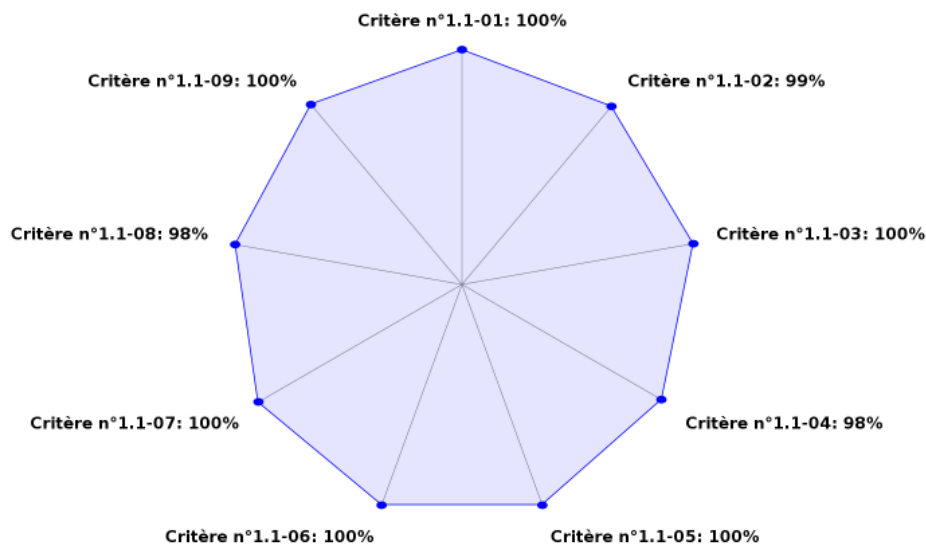
Les patients partenaires et les associations sont sollicités dans ces démarches de recherche de satisfaction et d'expérience, et leur participation est en cours de développement.

Les représentants des usagers sont largement impliqués dans les projets de l'hôpital. Ils participent à l'élaboration de guides ou supports d'information à destination de l'entourage.

La Commission des Usagers est destinataire de toutes les informations utiles à ses missions.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

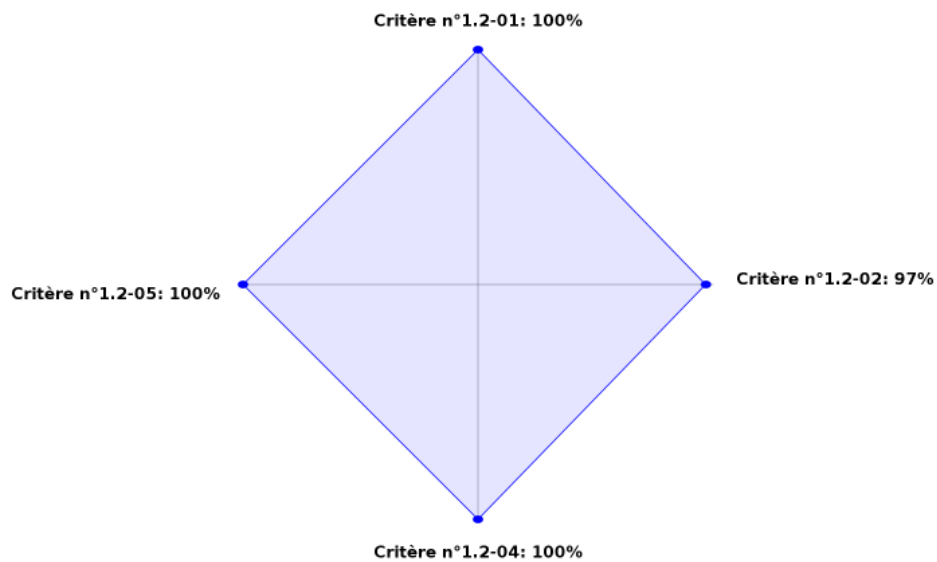
Score de l'objectif **99%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	99%
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	98%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	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	98%
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

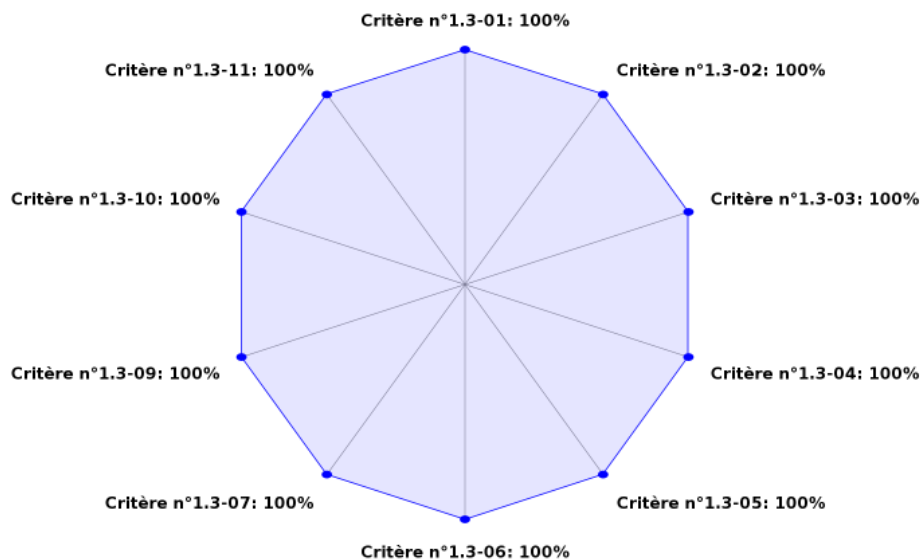
Score de l'objectif **99%**



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	97%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
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.	100%

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

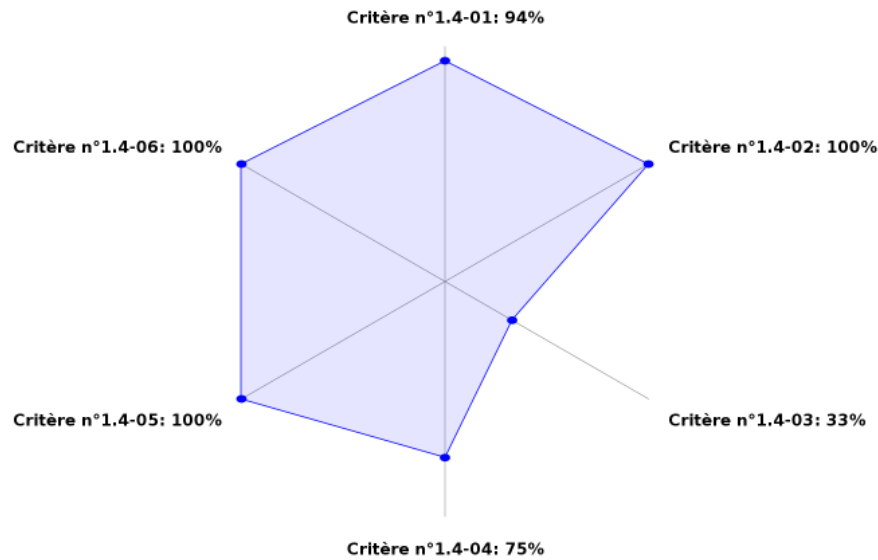
Score de l'objectif **100%**



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	100%
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%
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 **94%**

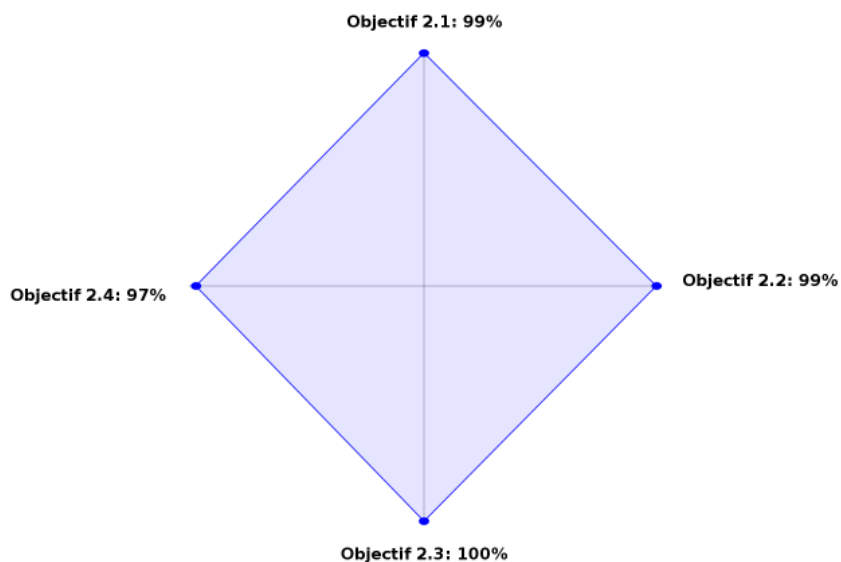


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	94%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	33%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	75%
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 **99%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	99%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	99%
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	97%

Synthèse du chapitre 2

La coordination des équipes a été constaté pour l'ensemble des prises en charge et entre les secteurs ambulatoires et d'hospitalisation. Des staffs pluridisciplinaires, réunions cliniques, transmissions sont en place dans toutes les unités. La participation régulière des équipes mobiles à ceux-ci permet d'anticiper et programmer les hospitalisations. L'utilisation du dossier patient informatisé qui est renseigné par l'ensemble des professionnels facilite cette coordination. A partir de celui-ci, le dossier médical partagé de Mon Espace Santé est alimenté.

Si nécessaire les équipes prenant en charge le patient peuvent avoir recours à des experts internes ou extérieurs pour des soins spécifiques ou particuliers : troubles nutritionnels ou soins palliatifs.

Le projet de soins de chaque patient est personnalisé. De multiples supports sont disponibles dans le DPI pour des suivis propres : cardiovasculaire, les troubles métaboliques, les pathologies digestives, douleur, anxiété, dépression par exemple.

La conciliation médicamenteuse est engagée selon la priorisation définie par l'établissement pour les patients nouveaux entrants, ceux en situation de précarité et ceux présentant des pathologies multiples. Un plan de développement de celle-ci est défini.

L'accès précoce aux soins est organisé à partir des structures ambulatoires. La coordination avec les partenaires libéraux et notamment le médecin généraliste est effective.

Selon les situations, un plan de prévention partagé est co-construit avec le patient et éventuellement son entourage.

Les professionnels sont formés à l'identification du risque suicidaire, le dispositif Vigilans est sollicité pour l'ensemble des situations repérées. L'établissement utilise des outils éprouvés pour ce repérage qu'il a adapté à ses prises en charges. Des REX sont réalisés systématiquement si un évènement survient.

La prise en charge somatique est assurée dès l'arrivée du patient et pendant toute la durée de l'hospitalisation. Les évaluations réalisées ont permis de constater la coordination et la complémentarité des équipes somatique et psychiatrique.

L'organisation de la sortie est anticipée. Des rencontres sont organisées avec l'équipe de suite. Une lettre de liaison est réalisée et transmise aux correspondants d'aval et remise au patient. Elle intègre les éléments du suivi somatique. L'établissement suit les délais de transmission de cette dernière.

L'identitovigilance est structurée et définie dans une procédure. Les bonnes pratiques d'identification primaire et secondaire sont connues et mises en œuvre par les professionnels. Le dossier patient informatisé permet l'enregistrement de la photo du patient avec son accord. Un bracelet peut-être également utilisé.

La prise en charge médicamenteuse est organisée et maîtrisée. La totalité des prescriptions est informatisée et respecte les bonnes pratiques. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour la totalité des lignes de prescriptions qui sont toutes réalisées selon la dénomination commune internationale des médicaments. Une messagerie interne au DPI permet aux pharmaciens de faire part de leurs observations aux prescripteurs. Plusieurs modes de dispensation sont définies journalière et individuelle pour les unités

fermées et de courts séjours, hebdomadaire individuelle pour les autres unités d'hospitalisations du site principal et reglobalisée pour les unités extrahospitalières les plus éloignées. Un livret du médicament est disponible sur l'intranet de l'établissement. Le référent antibiotique est désigné et assure la formation des prescripteurs. Des référents médicaments sont désignés dans toutes les unités. La conciliation médicamenteuse « d'entrée » est engagée. Les pharmaciens participent aux staffs cliniques pour les situations qui le nécessitent.

L'approvisionnement, le transport et le stockage des produits de santé respectent les bonnes pratiques et les risques liés aux ruptures sont anticipés. Des armoires sécurisées « d'urgence » sont présentes sur le site principal. La pharmacie est en partie robotisée. Les médicaments à risques sont identifiés et les précautions liées à leur utilisation sont connues.

Les professionnels appliquent les règles de préparation, d'administration et de vérification des médicaments et tracent toute administration ou non?administration.

Le programme d'auto administration des médicaments par le patient n'est pas mis en œuvre.

Les évènements indésirables liés aux médicaments sont déclarés et analysés. Des évaluations des pratiques professionnels sont mises en œuvre.

Les équipes appliquent les prérequis d'hygiène des mains et d'une façon générale les précautions standards et complémentaires en matière de maîtrise des risques infectieux. Les équipements de protection individuelle sont utilisés conformément aux recommandations.

L'EOH collabore régulièrement avec le CEPIAS Occitanie.

Le matériel pour les précautions standards et complémentaires est disponible avec des kits d'affichage. Des kits de dépistage sont disponibles pour la prévention des épidémies.

Les niveaux arrivants bénéficient d'actions de formations. Des évaluations et actions de sensibilisation sont conduites : audits, journée mondiale de l'hygiène des mains, vaccination antigrippale et covid. L'EOH s'appuie sur les correspondants en hygiène pour la réalisation d'audits croisés.

La prise en charge des urgences vitales est organisée. Un numéro unique est identifié et connu pour un joindre un médecin. Des chariots et sacs d'urgences sont en place dans l'ensemble des unités. Ils sont régulièrement contrôlés. Un registre d'utilisation de leur utilisation est renseigné. Les professionnels sont formés et connaissent les procédures à mettre en œuvre. Des exercices de simulation sont organisés. La Direction Qualité mène des évaluations sur l'organisation en place.

Les prescriptions de rayonnements ionisants font l'objet d'une justification retrouvée dans les dossiers. Le délai de réalisation des examens est suivi.

L'établissement assure un suivi strict de la mise en œuvre des mesures d'isolement avec le souci du respect des droits du patient. Les professionnels visent le moindre recours à ces mesures. La formation Omega est largement déployée est incluse dans le socle de formation de base des nouveaux arrivants. Quand le recours à l'isolement est décidé en équipe, il fait suite à des tentatives d'alternatives tracées dans le dossier de soins et il ne concerne que les patients en soins sans consentement. Toutes les mesures d'isolement ou de contention sont prescrites par un médecin habilité et tracées dans le dossier. L'examen somatique est réalisé au moment de la mise en place de la mesure. La surveillance médicale et infirmière est tracée. L'isolement est réalisé dans un espace dédié conçu pour respecter la dignité et la

sécurité du patient. S'il est assorti d'une contention, le patient dispose d'un bracelet « appel malade ». À la sortie de la mesure, il est proposé au patient un entretien. L'équipe a conçu un outil spécifique, la « Palette des Emotions », pour servir de support à l'expression du patient.

Des indicateurs de pratiques cliniques en lien avec l'isolement sont suivis, un groupe de travail consacré à la gestion de violence est en place. Au-delà de certaines durées, une analyse pluridisciplinaire de la mesure est réalisée.

Les professionnels ont accès en permanence aux procédures en vigueur et aux recommandations de bonnes pratiques sur l'Intranet.

La réévaluation des antibiotiques fait l'objet d'un paramétrage visuel dans le dossier patient informatisé. Une requête automatisée est réalisée quotidiennement et envoyée aux médecins somaticiens pour le suivi de cette réévaluation. Une EPP est en place sur ce thème et ses résultats ont une évolution positive depuis plusieurs années.

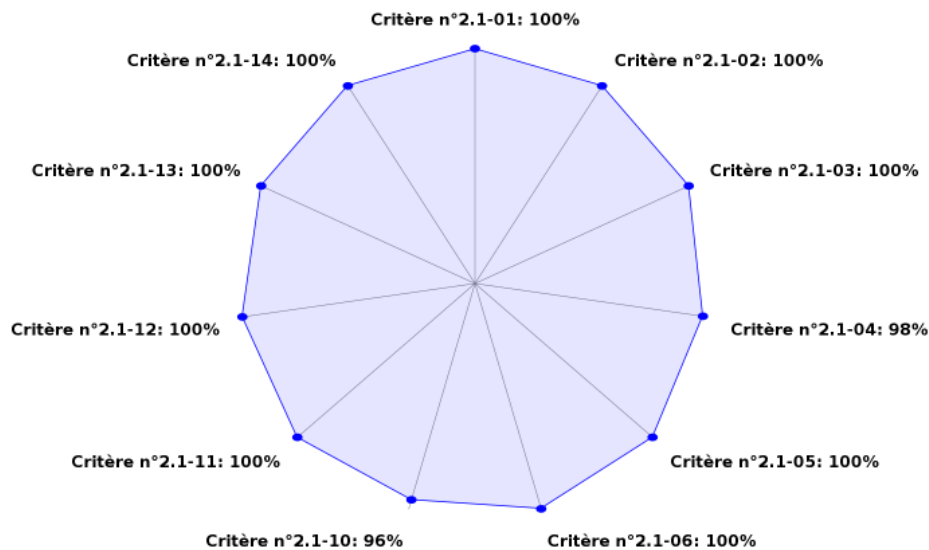
Un indicateur est suivi sur la durée des mesures de restriction de liberté. Celles-ci, toutes individualisées, font l'objet d'une analyse bénéfices-risques pluridisciplinaire de pertinence dont la traçabilité est généralement retrouvée dans le dossier du patient.

Une démarche de soins éco-responsables est engagée. L'hôpital informe ses équipes de ses consommations d'énergie. La révision des protocoles intègre progressivement la dimension d'éco-responsabilité des soins.

La direction Qualité recense et pilote en lien avec la Commission Médicale d'Etablissement le suivi des indicateurs et des évaluations des pratiques professionnelles. Plusieurs EPP transversales sont conduites : douleur, projet de soins, taux de ré-hospitalisation, IQSS, durée des soins sans consentement, appel aux renforts. Un programme de réalisation de traceurs ciblés ou de parcours traceurs est en place.

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

Score de l'objectif **99%**

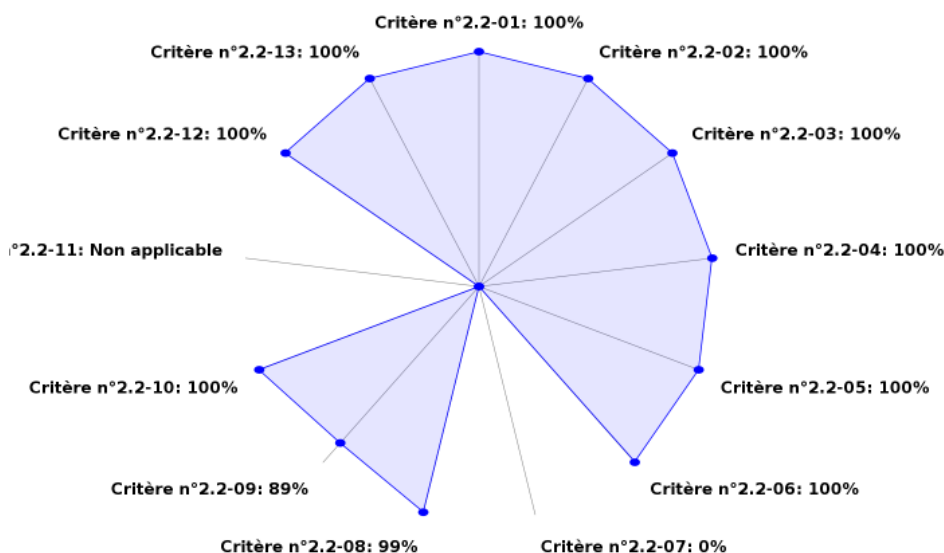


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	98%
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	96%
2.1-11	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%

2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%
--------	--	------

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **99%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	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	89%
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	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 **100%**

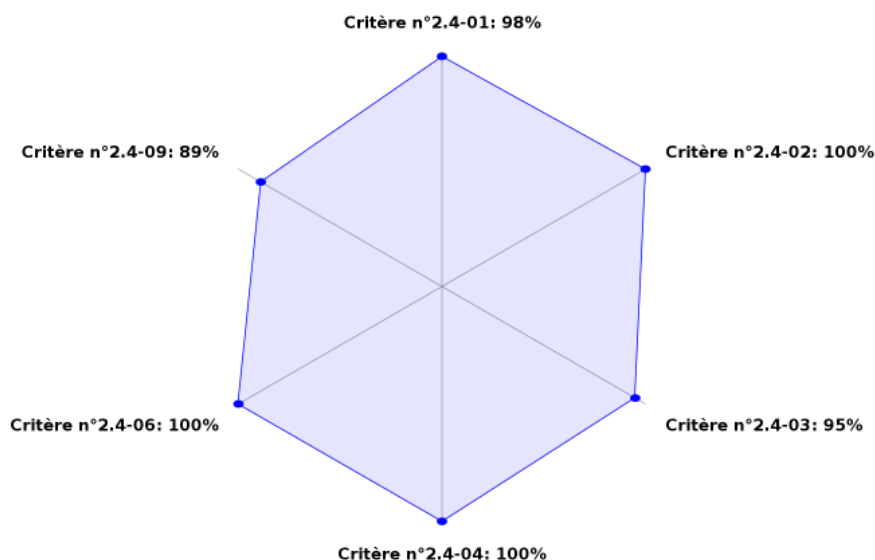
Critère n°2.3-14: 100%



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 **97%**

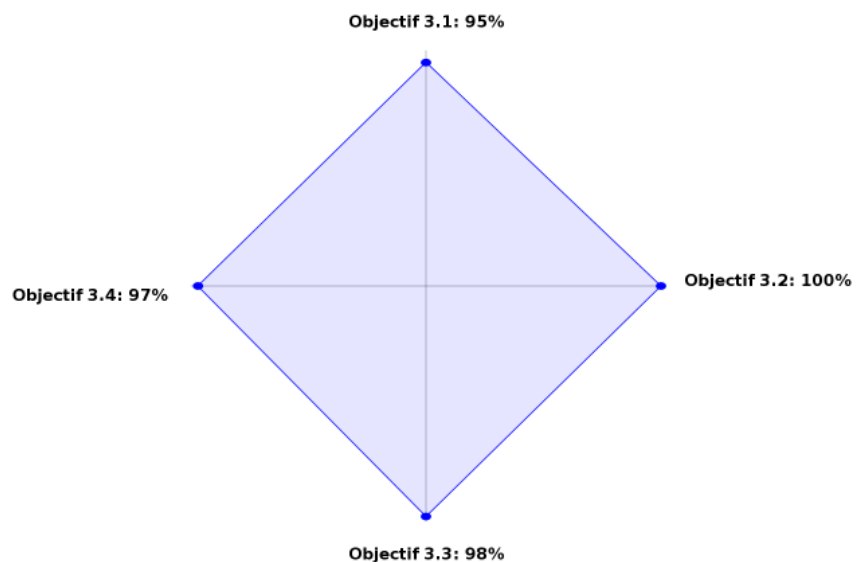


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	98%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des 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	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	89%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **97%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	95%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	100%
3.3	Le positionnement territorial	98%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	97%

Synthèse du chapitre 3

L'hôpital déploie une politique qualité et sécurité des soins dans l'ensemble de ses secteurs d'activité.

Cette politique repose sur l'analyse des données disponibles : indicateurs, risques, évaluations et préconisations générales. Elle se décline en un programme d'actions concrètes connu de l'encadrement et des professionnels. Le déploiement est suivi et le plan d'actions ajusté chaque année.

Une enquête visant à évaluer la culture qualité des professionnels a été réalisée. La gouvernance a initié des rencontres « sécurité » dans les unités de soins. Les résultats des indicateurs et des évaluations sont largement diffusés et présentés à l'ensemble des instances. Les vigilances sont organisées ; toutefois, certains professionnels rencontrés ne témoignent pas de leur connaissance des dispositions en place ni de l'« enquête culture qualité ».

Les événements indésirables graves associés aux soins sont déclarés et systématiquement analysés selon la méthode ALARM avec les équipes concernées. Le logiciel de gestion de la démarche qualité en permet la déclaration et le suivi. La synthèse de l'analyse et le plan d'actions sont diffusés. Les professionnels sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins.

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est décrite dans un plan comprenant une cartographie des risques, y compris numériques, susceptibles d'affecter l'hôpital. Une cellule de crise est identifiée. Des exercices de mobilisation des équipes et des équipements sont réalisés. Un espace éthique est constitué et se réunit régulièrement.

L'établissement déploie des organisations permettant la continuité des soins. Tous les soignants peuvent joindre un médecin à tout moment. L'absentéisme est géré et les écarts entre les effectifs cibles et réels sont suivis. Des outils sont en place pour la gestion des plannings et des remplacements. Si besoin, le recours aux heures supplémentaires et à l'intérim est possible.

Une politique d'attractivité est mise en œuvre. Un groupe de travail est constitué. Des mesures d'accompagnement des nouveaux professionnels sont en place : plan d'accueil d'une centaine d'heures sur six mois, incluant des formations dédiées à la prise de poste (sensibilisation à la psychiatrie, gestion de la violence). Des formations spécialisées pour les encadrants et des séminaires spécifiques sont organisés. La satisfaction des nouveaux professionnels est évaluée.

Un plan de formation est défini annuellement et suivi par les instances en lien avec les représentants du personnel. En complément des actions de formation, des vidéos pédagogiques sont disponibles. Un dispositif d'analyse des pratiques professionnelles est largement déployé. Les formations par simulation sont proposées, mais toutes ne correspondent pas au guide méthodologique de référence.

Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission. Des documents de référence de l'association Sainte Marie sont accessibles. Un tutorat est systématiquement mis en place. Une journée annuelle des cadres est organisée ainsi qu'une rencontre bimensuelle entre les cadres de proximité et la gouvernance.

Les actions de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre, notamment avec le service de santé au travail. Les professionnels disposent d'un accès facile aux vaccinations recommandées et obligatoires et bénéficient, si besoin, de dispositifs de soutien psychologique. Des équipements et des

procédures permettent d'assurer leur sécurité et d'alerter en cas de situation critique.

Une politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) a été élaborée à partir d'une étude réalisée auprès des professionnels. Un plan d'actions a été défini en lien avec les instances. Les professionnels voient leur expérience valorisée pour diffuser des pratiques de soins au sein des équipes, par exemple l'organisation et l'animation d'une journée à thème sur l'isolement. Une réflexion est engagée sur les plannings afin de concilier vie personnelle et vie professionnelle. Le télétravail est autorisé dans le cadre d'une charte diffusée. Les professionnels sont également consultés lors des programmes de rénovation des unités.

Des mesures d'anticipation et de prévention des difficultés interprofessionnelles et des conflits existent. L'établissement a recours à un prestataire extérieur pour la conciliation et la médiation.

La gouvernance soutient la pratique avancée des infirmiers. Plusieurs sont en fonction et disposent d'une fiche de poste formalisée. Une réflexion médico-administrative est engagée pour la délégation de tâches (renouvellement de traitement, suivi et coordination avec les structures médico-sociales, recherche, formation).

L'établissement est pleinement acteur de la coordination des parcours de soins psychiatriques sur le département. Il est identifié sur le territoire selon les filières qu'il développe : psychiatrie générale de courte durée, addictologie, gérontopsychiatrie et réhabilitation. Il participe aux rencontres territoriales interfilières sanitaires et médico-sociales. Il est représenté dans les instances des CPTS et CLSM du territoire. L'établissement suit les indicateurs utiles à ces filières. Des dispositions sont en place pour le repérage précoce des troubles psychiques. Dans les CMP, une réunion hebdomadaire permet de prioriser les demandes de prise en charge recueillies par les infirmiers. L'Unité d'Accueil de Diagnostic et d'Orientation (UADO) gère une permanence téléphonique H24. Les délais d'entrée en soins sont suivis.

L'établissement est engagé dans le développement de l'ambulatoire et déploie des **Equipes Mobiles de Psychiatrie de la Personne Agée** (interventions en EHPAD) et **Equipe Mobile de Psychiatrie Précarité** (travail avec le centre d'hébergement et de réinsertion sociale pour faciliter l'accès aux soins des personnes sans domicile). Des centres de référence (dépression résistante, réhabilitation) sont clairement identifiés et mobilisés si besoin. L'établissement est porteur du PTSM. Il participe au Groupement Partenarial Opérationnel (GPO) qui réunit des représentants des forces de l'ordre, des bailleurs sociaux et des élus pour la gestion des « cas complexes ».

Les conditions de prise en charge non programmées sont organisées au niveau de l'UADO et des CMP, où des plages de consultation spécifiques sont identifiées. Pour prévenir le passage aux urgences des patients âgés, une solution de téléconsultation est en place avec les EHPAD. L'établissement peut également recourir à la téléexpertise pour des avis en dermatologie ou dans le cadre d'un dispositif d'appui « plaie et cicatrisation ». Il suit les indicateurs de transferts des personnes âgées en MCO et celui des admissions de cette population dans ses unités.

L'hôpital est facilement joignable et ses coordonnées sont largement diffusées.

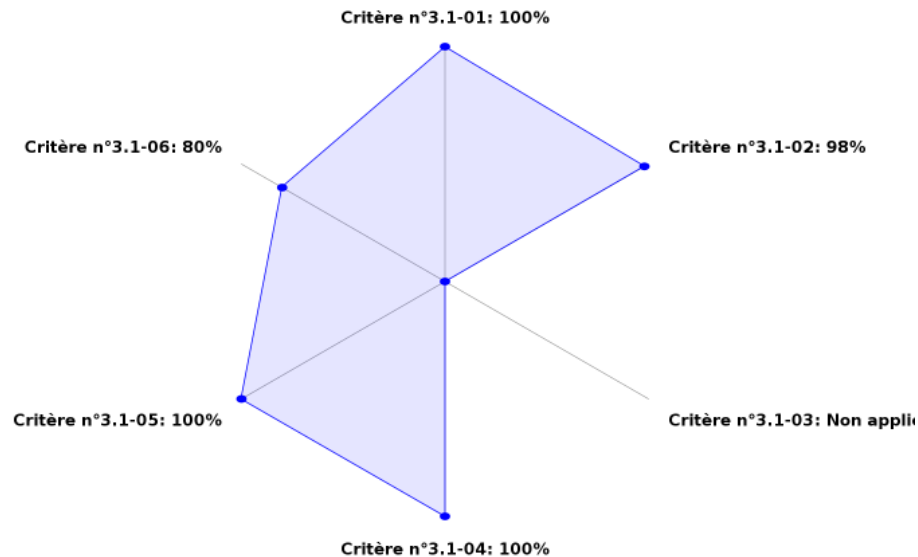
L'établissement a défini une politique de promotion de la recherche. Il participe au réseau FERREPSY et aux journées régionales. Il porte plusieurs projets de recherche sur le risque suicidaire, la réhabilitation psychosociale, l'optimisation des traitements psychotropes ou l'architecture des unités. Un comité de recherche et de publications scientifiques (CORPUS) a été créé pour renforcer la dynamique existante. L'établissement participe au programme « QualityRights ».

L'hôpital contribue à des actions de formation au niveau territorial. Son offre de stage est formalisée et diffusée. Il organise des journées régionales d'accueil des internes en psychiatrie. Les IPA interviennent en IFSI pour la formation des étudiants.

L'hôpital mène une politique de développement durable et s'est engagé dans la démarche d'écoresponsabilité des soins. Les locaux sont propres, entretenus et régulièrement maintenus. Des actions sont mises en œuvre dans l'ensemble des services avec les professionnels : tri des déchets, développement du covoiturage, maîtrise des consommations d'énergie.

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

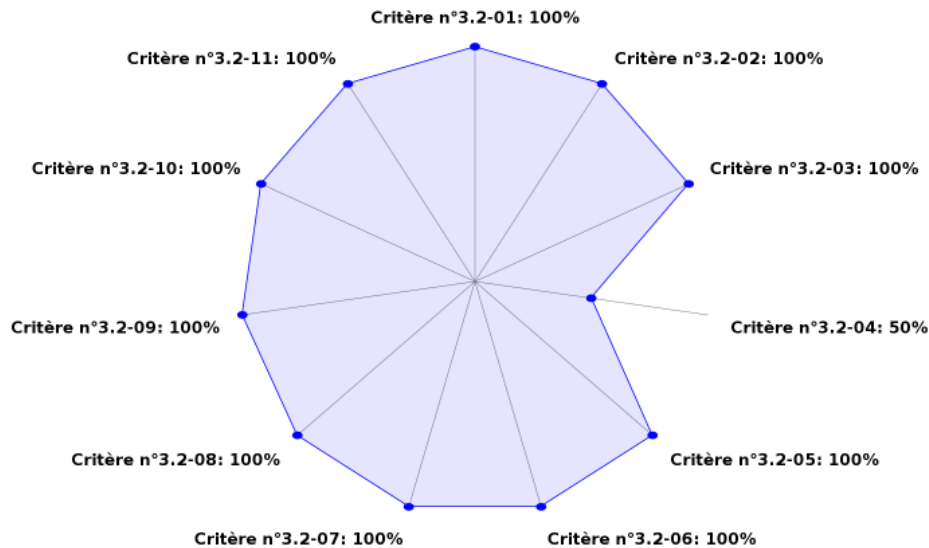
Score de l'objectif **95%**



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	98%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	80%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **100%**

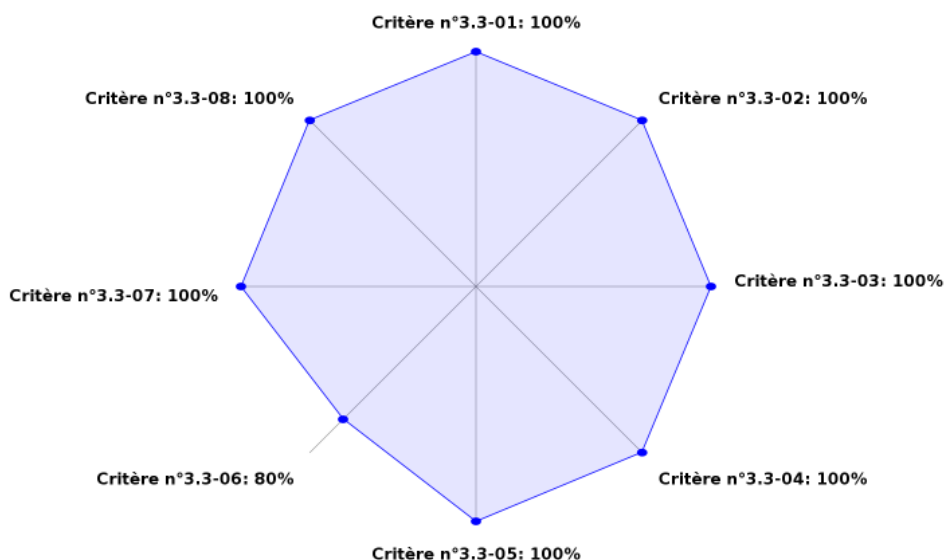


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	50%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

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

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

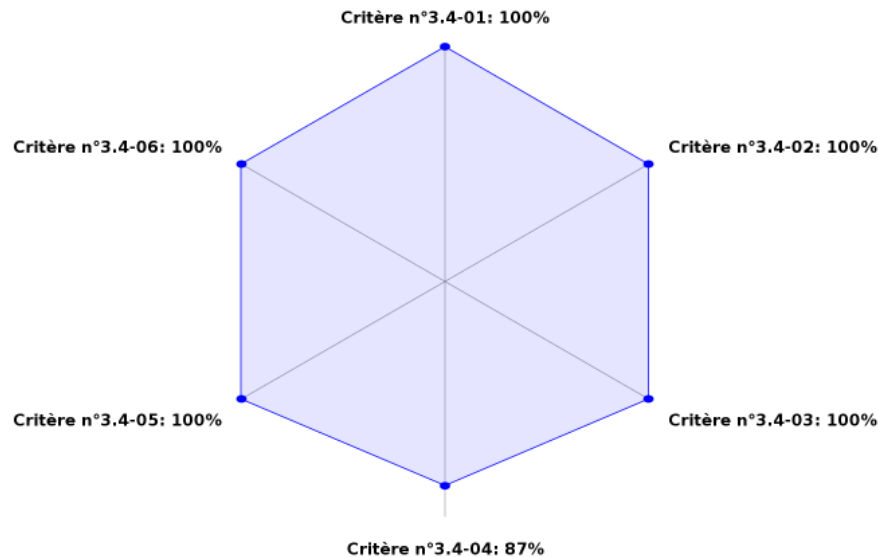
Score de l'objectif **98%**



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	80%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

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

Score de l'objectif **97%**



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	87%
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

