



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**Groupement
Hospitalier Vallée
Quercy**

355 rue des fosses
82800 Negrepelisse



Validé par la HAS en Mai 2026

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



Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	20
Chapitre 2 : Les équipes de soins	21
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	21
Synthèse du chapitre 2	22
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	26
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	27
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	29
Chapitre 3 : L'établissement	30
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	30
Synthèse du chapitre 3	31
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	35
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	36
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	38
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	39

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

Groupement Hospitalier Vallée Quercy	
Adresse	355 rue des fosses 82800 Negrepelisse FRANCE
Département / Région	Tarn-et-Garonne / Occitanie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	820000206	CENTRE HOSPITALIER DE NEGREPELISSE	355 rue des fosses 82800 Negrepelisse FRANCE
Établissement géographique	820000438	CENTRE HOSPITALIER DE CAUSSADE-LE JARDIN D'EMILIE	5 rue du parc Bp 39 82300 Caussade FRANCE
Établissement principal	820000420	CENTRE HOSPITALIER DE NEGREPELISSE - SSR	355 rue des fosses 82800 Negrepelisse 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
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation

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



Évalué **3** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **8** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



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

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

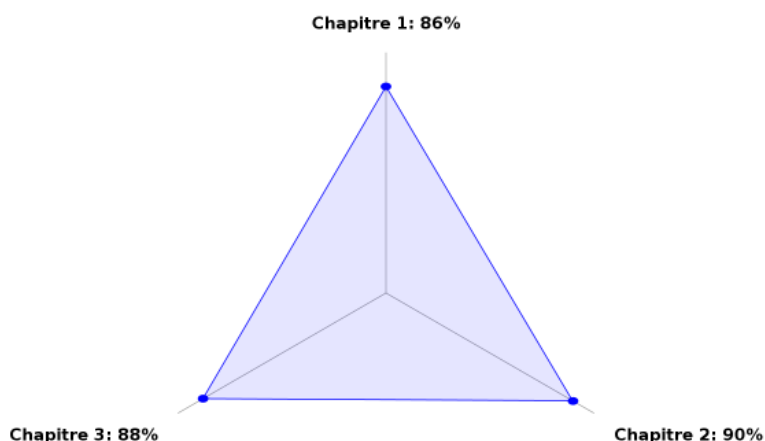
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	86%
Chapitre 2	Les équipes de soins	90%
Chapitre 3	L'établissement	88%

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.

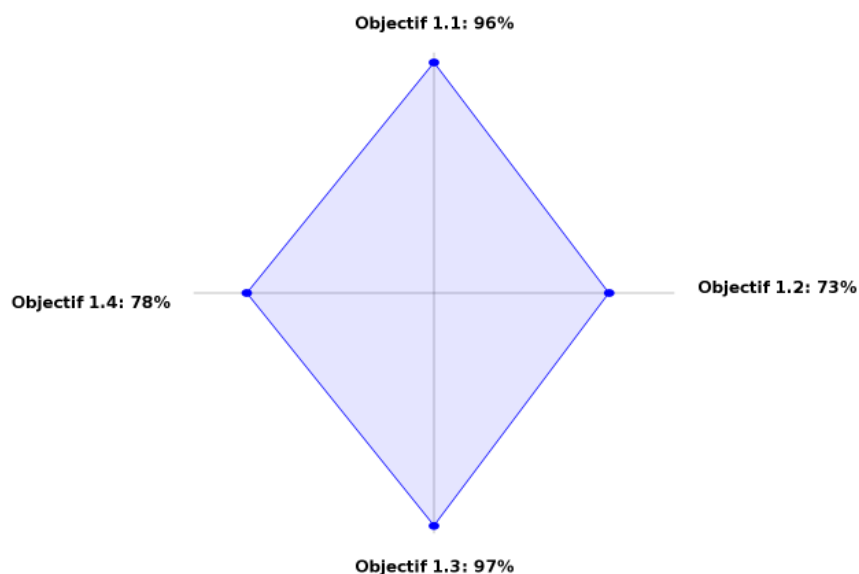
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	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%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	75%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	75%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements 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	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	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	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **86%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	96%
1.2	L'information du patient	73%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	97%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	78%

Synthèse du chapitre 1

Durant son séjour au sein du Groupement Hospitalier Vallée Quercy, le patient bénéficie d'un respect constant de son intimité et de sa dignité, comme en témoignent les patients rencontrés et les pratiques soignantes observées. L'établissement dispose de chambres individuelles, toutes équipées d'une salle de bain. Les Chambres doubles existantes sont équipées de paravents, de placards individualisés, d'un espace salle de bain par patient (lavabo et espaces de rangements). Les locaux sont sécurisés tant sur le site de Nègrepelisse que celui de Caussade et les patients peuvent circuler librement dans leurs secteurs. Ils ont aussi accès à des espaces de convivialités au sein des secteurs et des espaces extérieurs en SMR (Soins Médicaux de Réadaptation) comme en USLD (Unité de Soins de Longue Durée). L'autonomie du patient est évaluée par les équipes pluridisciplinaires une fois par semaine à minima en SMR et lors des réévaluations des projets individualisés en USLD ou avant si nécessaire. Le risque iatrogène est évalué selon une analyse multidimensionnelle (clinique, pharmacologique, biologique, sociale, fonctionnelle notamment). Les pratiques soignantes ainsi que les organisations permettent de respecter la confidentialité des informations concernant les patients. L'équipe informe le patient sur son droit à rédiger des directives anticipées, la traçabilité de l'information donnée au patient est retrouvée dans les dossiers ainsi que les directives si elles ont été transmises (scannées dans le dossier). Le patient ne sait pas toujours comment accéder à son dossier. L'accès au dossier du patient fait l'objet d'une procédure, il a été constaté que sur les deux dernières années, les délais réglementaires pour lui donner accès à son dossier étaient plus longs que ce que prévoit la réglementation, l'établissement a prévu récemment dans son plan d'actions qualité de revoir cette procédure au cours de l'année 2026. La douleur fait l'objet d'une prise en charge anticipée et protocolisée. Son évaluation est tracée dans les dossiers et réévaluée. Les thérapeutiques non médicamenteuses complètent la prise en charge : cryothérapie, séance de relaxation, massages, stimulation multisensorielle. Une écoute active du patient est réalisée. Les prises en charge sont axées sur la bientraitance, les patients expriment tous avoir des professionnels à l'écoute de leurs problématiques et recevoir l'information médicale qui les concerne, les formations sur la thématique de l'humanité sont mises en œuvre. L'établissement dispose d'une organisation formalisée permettant de signaler les suspicions de maltraitance. Une assistante sociale, identifiée comme personne ressource, intervient en soutien. Concernant la prise en charge du patient décédé, le groupement hospitalier ne dispose pas de chambre mortuaire à ce jour et fait appel à des entreprises extérieures. Les professionnels sont formés à l'accompagnement des patients mais aussi des proches et aidants. Les conduites à tenir sont connues des professionnels en cas de limitation des traitements actifs puis lors du décès.

Durant son séjour, le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé et son évolution dans le cadre de son projet de soins personnalisé. Les professionnels veillent à sa bonne compréhension et à sa satisfaction. Les informations sont tracées dans le dossier patient informatisé (DPI) par tous les professionnels. Lors de son admission, le patient reçoit toutes les informations spécifiant ses droits dans un livret d'accueil. Cependant, les patients rencontrés ont une méconnaissance de certains droits (accès au dossier, alimentation de son DMP, rôle et coordonnées des représentants des usagers, règles de sécurité et solutions de sécurisation de ses objets personnels). On trouve affichées en plusieurs zones de l'établissement la charte de la personne hospitalisée ainsi que la Charte Romain Jacob.

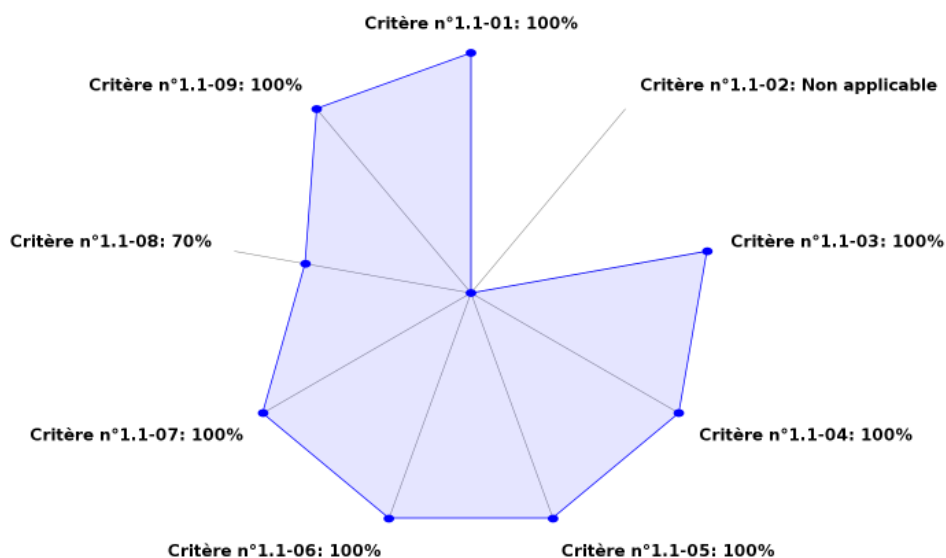
Le consentement libre et éclairé du patient est recherché pour toute décision concernant son projet de soins. Les staffs pluridisciplinaires hebdomadaires permettent de revoir la situation du patient et d'ajuster le projet personnalisé. Durant son hospitalisation, le patient bénéficie dans le cadre de sa réautonomisation et rééducation, de messages et d'actions renforçant sa capacité à agir pour sa santé. Il n'a pas été retrouvé d'actions spécifiques éducatives ou la possibilité d'accéder à des programmes d'ETP (éducation thérapeutique du patient) pour les patients pouvant en bénéficier. Les patients disposent de consignes régulières de la part des rééducateurs (Kinésithérapeutes, EAPA : Enseignant en Activité Physique Adaptée, diététiciens, ergothérapeute, psychomotricien). Ils sont informés de leur droit à désigner une personne de confiance dont on retrouve les coordonnées et l'accord dans les dossiers. Lors de la sortie, ils reçoivent une information concernant d'éventuelles modifications ou arrêt de leur traitement habituel ainsi que l'introduction de nouveaux traitements. Des recommandations médicales et/ou sociales sont délivrées avant la sortie afin de garantir un retour à domicile ou un transfert vers un autre établissement. Lorsque cela est requis, des visites à domicile avec l'assistante sociale et le patient sont organisées, afin d'anticiper les besoins et sécuriser les transitions (dossiers EHPAD, aides sociales, situations de précarité). Le dépistage des patients en situation de précarité sociale est systématiquement effectué à l'admission par l'équipe pluriprofessionnelle. Une prise de contact avec l'assistante des services sociaux de l'établissement est alors proposée. Si besoin, elle réalise les démarches pour le patient ou avec son entourage. Les conditions de vie des patients sont recueillies dès leur arrivée et tracées dans le dossier médical d'entrée. Le projet de vie individualisé est réalisé en concertation avec les proches et aidants pour évaluer les besoins de soutien à domicile, les conditions d'accompagnement en soins palliatifs ou le projet à plus long terme pour les patients en secteur USLD ou ECA (État de Conscience Altérée). S'il est en capacité de s'exprimer, l'accord du patient est systématiquement recherché quant à l'association des aidants à la mise en œuvre du projet de soins. Des entretiens avec les proches sont organisés selon les besoins avec l'équipe pluridisciplinaire. Leur présence auprès du patient peut être facilitée y compris en dehors des heures de visite. Les patients hospitalisés en SMR sur les LISP (Lits Identifiés de Soins Palliatifs) et en ECA bénéficient d'une prise en charge spécifique avec un accompagnement important de l'entourage (entretiens médicaux spécifiques, accès à des salons de famille équipés où ils peuvent se restaurer, se reposer, passer des moments conviviaux en dehors des chambres). En USLD, le maintien du lien social est recherché et l'équipe se mobilise au regard des activités d'animation proposées par l'animatrice en collaboration avec des Assistantes de Soins en Gériatrie (planning affiché).

Les coordonnées des représentants des usagers (RU) sont affichées. Ils participent à la vie de l'établissement, connaissent leurs missions et disposent d'informations utiles pour les exercer. Des dispositifs d'évaluation de l'expérience patient sont en place : enquête nationale e-satis, questionnaire interne de satisfaction (avec un questionnaire spécifique pour l'entourage en USLD), démarrage récent (fin 2025) d'un questionnaire sur l'expérience patient en SMR par les rééducateurs en cours d'analyse (5 questionnaires réalisés, ils sont non exploitables au moment de la visite). La gestion des plaintes et réclamations et demandes d'accès au dossier patient est structurée. Les retours de satisfaction des patients sont affichés et partagés avec les équipes, puis analysés avec les représentants des usagers (RU) afin de définir des actions d'amélioration. Le projet des usagers est intégré au projet d'établissement auquel ils ont été associés en participant aux réunions de travail, notamment sur la définition du projet architectural. Les RU participent à des commissions (CLAN, CLUD, CLIN) et proposent spontanément des pistes d'amélioration. Enfin, bien que l'information soit délivrée via le livret d'accueil, les patients ne connaissent pas les circuits de signalement (exprimer sa satisfaction, faire une

réclamation ou un éloge, accéder au médiateur, déclarer un EIAS évènement indésirable associé aux soins). La population reçue dans l'établissement est souvent très âgée et/ou avec une altération de la conscience (USLD, ECA, patients asthéniques en LISP), ce qui peut être un frein à la compréhension.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

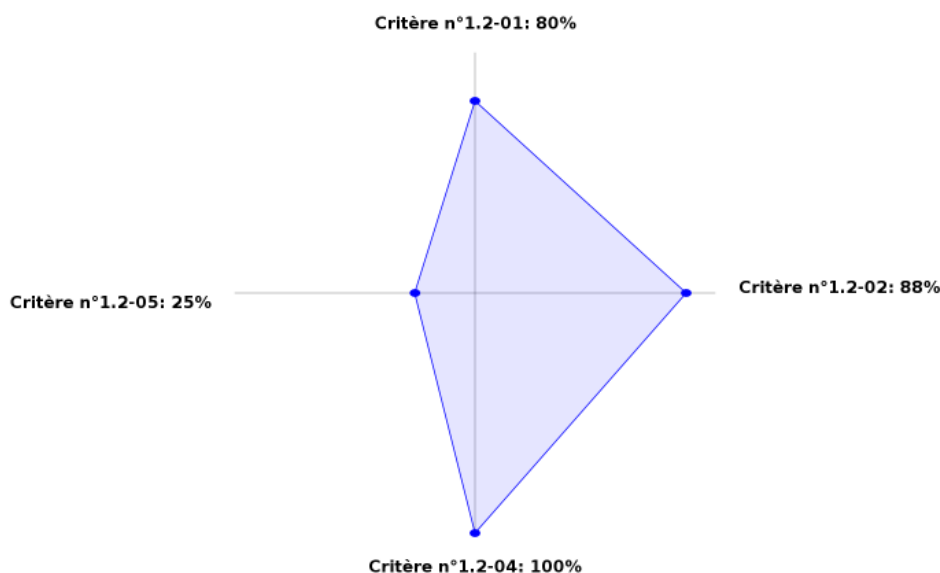
Score de l'objectif **96%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
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	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	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	70%
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

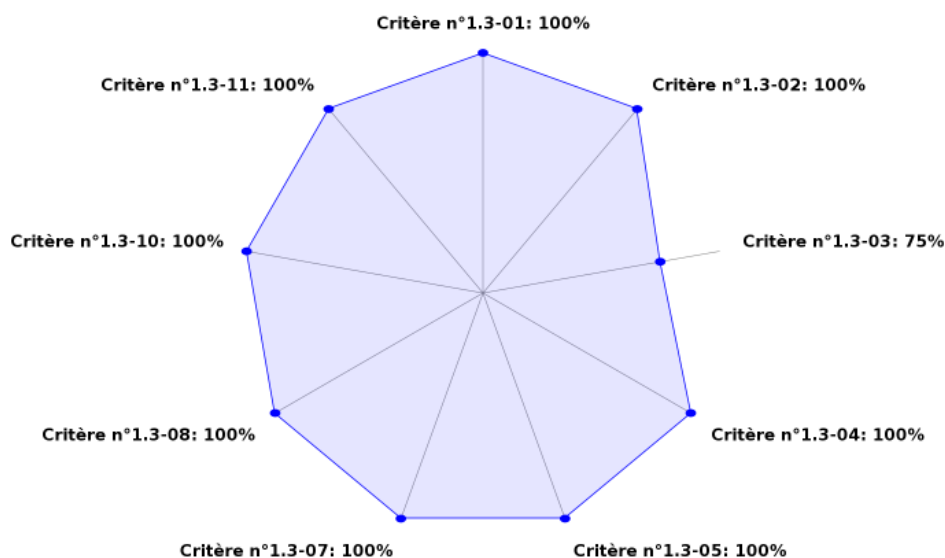
Score de l'objectif **73%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	80%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	88%
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.	25%

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

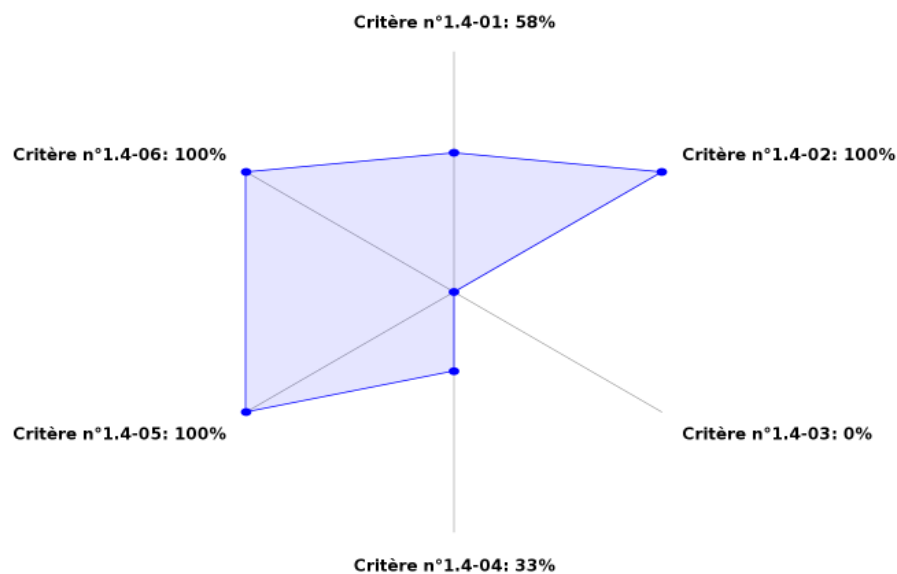
Score de l'objectif **97%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	75%
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%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	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 **78%**

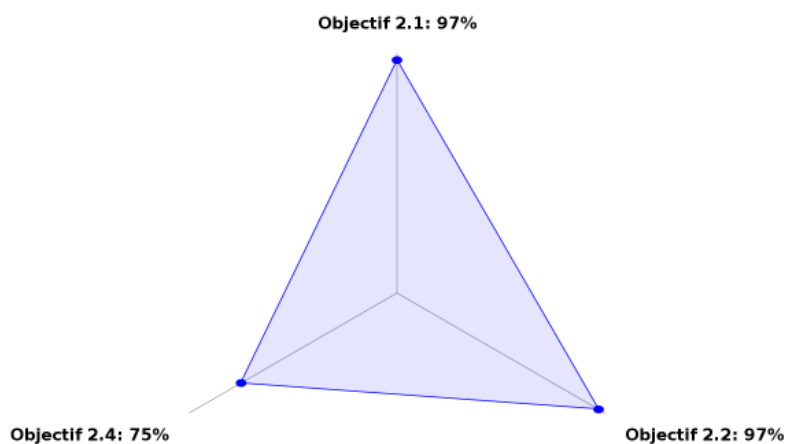


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	58%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	33%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	97%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	97%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	75%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes travaillent de manière coordonnée pour assurer une prise en charge pluridisciplinaire et continue tout au long du parcours de soins du patient. Le dossier du patient est complet et accessible aux professionnels impliqués. Les médecins, soignants, rééducateurs, assistante sociale, diététiciens, secrétaires y tracent les éléments nécessaires à la prise en charge. Les nouveaux arrivants sont accompagnés par l'encadrement et leurs pairs : un accompagnement spécifique a été travaillé afin de les accompagner dans la prise en main des nouveaux outils/logiciels (guide remis et référents présentés) et lors de leur prise de poste lors des remplacements ponctuels. Les nouveaux salariés sont accompagnés sur des temps dédiés. Le Dossier Médical Partagé (DMP) peut être complété pour déposer les courriers de sorties mais la consultation des documents concernant le patient n'est pas encore mise en place. L'équipe construit avec le patient un projet de soins adapté en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation réalisée dès l'admission. Il est personnalisé, réévalué et intègre les besoins du patient avec participation de l'entourage si besoin. L'équipe se coordonne également dans la prévention des troubles nutritionnels des patients grâce à l'implication des diététiciens et des évaluations systématiques. Un repérage de la dénutrition et de la sarcopénie est réalisé dès l'entrée. Les professionnels sont aussi sensibilisés au repérage et à la mise en œuvre d'actions d'équilibre nutritionnel du patient via des formations sur les régimes et texture, le risque de dénutrition et les troubles de la déglutition par exemple. Des orthophonistes interviennent aussi spécifiquement sur le secteur ECA et pour des évaluations si besoin dans les autres secteurs. La conciliation médicamenteuse est mise en place depuis plusieurs années dans l'établissement et la CME a établi le profil de patients qui doivent en bénéficier de manière prioritaire en SMR. Tous les patients en bénéficient en USLD du fait du turn-over moins important des patients sur ce secteur. L'établissement a mis en place une évaluation de la pertinence de l'activité de conciliation annuellement présentée en CME. L'équipe de soins dispose d'appuis pour des expertises spécifiques en interne pour évaluer et accompagner les équipes : nombreux professionnels titulaires de DU soins palliatifs, DU douleur, DU plaies et cicatrisation notamment. Des correspondants externes peuvent aussi apporter leur expertise depuis le CH de Montauban : l'équipe MPR (Médecine Physique et de Réadaptation), l'EMG (Equipe Mobile de Gériatrie), déplacement mensuel sur le secteur ECA d'un neurologue, l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs), l'EPSPA 82 (Equipe Parcours Santé Personnes Agées), l'UMPPA (Unité Mobile de Psychiatrie pour Personnes âgées), l'EOH (Equipe Mobile d'Hygiène Hospitalière). Le secteur de SMR est aussi en relation étroite avec 2 HAD du territoire pour prendre en charge leur patient ou favoriser les retours à domicile médicalisés. Une démarche palliative pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en soins palliatifs et/ou en fin de vie. Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant pour assurer la continuité. Un compte-rendu d'hospitalisation est remis au patient avec les explications nécessaires le jour de sa sortie. L'organisation des soins à la sortie y compris pour le volet social et autonomie, ainsi que les prescriptions, sont prévus en amont de la sortie pour anticiper au mieux notamment les retours à domicile. Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert dans un autre établissement intègrent toutes les informations utiles. Le transport intra hospitalier est organisé par les équipes de soins ou de rééducation qui veillent à ce que chaque patient soit pris en charge avec dignité et sécurité.

Les équipes mettent en place les procédures en lien avec l'identitiovigilance à toutes les étapes de la

prise en charge du patient dès son admission pour renforcer la sécurité lors des situations les plus à risques. Les documents papiers du dossier comportent également l'identité du patient. L'identification des patients s'effectue dès leur arrivée dans le service. Les équipes savent contacter les référents de la cellule d'identitovigilance. Les patients disposent d'un bracelet d'identification permettant durant leur séjour de contrôler leur identité à tout moment. Les professionnels connaissent les différentes vigilances sanitaires, chacun des référents et le circuit pour les contacter ou leur faire remonter un dysfonctionnement. Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est réalisée tous les jours par le pharmacien avec accès aux données cliniques et biologiques du patient. Le logiciel DPI intègre l'optimisation des analyses pharmaceutiques. Le circuit du médicament est sécurisé selon la réglementation et les recommandations de bonnes pratiques. Les risques de rupture de stock sont suivis. Le médicament est identifiable jusqu'à son administration et la traçabilité est réalisée sur le DPI. La liste des médicaments à risque est validée et évaluée régulièrement. Elle est remise et affichée dans toutes les unités de soins. Les pharmaciens ont formé l'ensemble des professionnels concernés au médicament à risque et aux situations à risque pouvant être rencontrées dans leurs pratiques. Le stockage des médicaments à risque est organisé au sein de la pharmacie et des services de soins (armoire à pharmacie sécurisée dans les services et frigos avec historique des températures). Un pictogramme permet d'identifier ces médicaments à risque et des fiches plastifiées à disposition sur chaque chariot à médicament reprennent les principaux risques et conduites à tenir. Les professionnels rencontrés connaissaient la liste des médicaments et des situations à risque et les modalités de surveillance ou les dispositions à prendre en lien avec ces situations. La non-administration des médicaments est tracée dans le DPI. L'établissement n'a pas choisi de promouvoir l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM). L'étiquetage des piluliers est conforme. L'approvisionnement, le stockage, le transport et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques dans la majorité des secteurs. Néanmoins, un événement indésirable a été détecté en cours de visite concernant l'accès à un stock de médicament par des professionnels non habilités (aides-soignants). En effet, le digicode de l'armoire à pharmacie ne fonctionnait plus. Une fiche d'évènement a été rédigée pendant la visite et l'établissement a défini les causes engendrant un échange de clés de secours via des aides-soignants vers les Infirmiers pour palier au dysfonctionnement. Un plan d'action immédiat a été mis en œuvre pour solutionner cette problématique. Dans la quasi-totalité des cas, les prescriptions conditionnelles d'antalgiques précisent les modalités de prise (échelle adaptée et seuil de déclenchement). Cela n'a pas été retrouvé dans un cas particulier pour un antalgique prescrit avant la modification du paramétrage des prescriptions en si besoin qui prévoient depuis automatiquement ce paramètre. La mise en œuvre de ce paramétrage étant récente, elle s'est appliquée aux nouvelles prescriptions mais certaines en USLD sont anciennes et n'ont donc pas été revues. De plus, il a été retrouvé des prescriptions prises en compte oralement : En situation d'absence médicale, les prescriptions peuvent être transmises par oral suivi d'un mail non sécurisé. Afin de garantir la continuité de la prise en charge et la traçabilité de l'administration, les IDE procèdent à la création d'actes ponctuels dans le logiciel en s'appuyant sur la banque de données médicamenteuse. Cette modalité permet la traçabilité de l'administration, mais entraîne une retranscription répétée de la prescription dans l'attente de la régularisation médicale dans le DPI, parfois sur plusieurs jours. Cette organisation transitoire, bien que permettant d'assurer la continuité des soins, ne garantit pas une mise à jour rapide et sécurisée de la prescription médicale. La présence de l'IPA permet de sécuriser certaines situations, mais cette solution n'est pas applicable à l'ensemble des traitements ni disponible de manière permanente. L'établissement a identifié ces risques et engagé

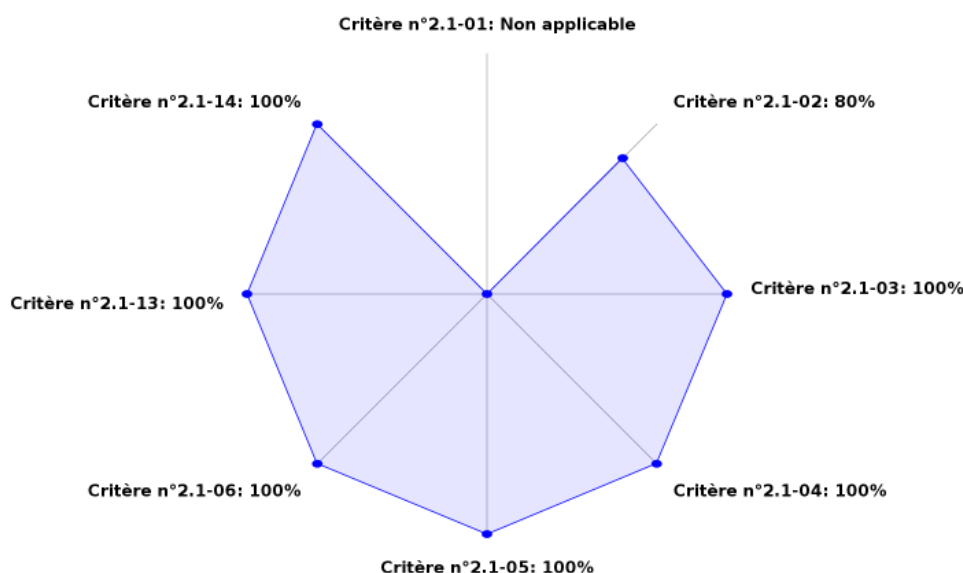
une réflexion en collaboration avec la CME sur l'adaptation de l'organisation et des outils, notamment en lien avec l'accès au DPI à distance pour éviter les retranscriptions par les professionnels non médicaux. Concernant le risque infectieux, les équipes appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Les équipes sont formées et sensibilisées aux bonnes pratiques d'hygiène et connaissent les situations dans lesquelles elles doivent adjoindre des précautions complémentaires. Elles appliquent les bonnes pratiques de gestion des excréta. Des audits sont régulièrement menés par l'équipe EOH du GHT en lien avec les référents sur le terrain pour s'assurer des bonnes pratiques. Les équipes pluri professionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène. La prévention des décompensations liées à l'hospitalisation est mise en place avec des évaluations, dès l'entrée, des causes possibles permettant la mise en place d'actions préventives. Les interventions des différents professionnels sont alors adaptées au regard des risques identifiés. Les équipes sont sensibilisées aux recommandations et obligations vaccinales. Concernant la prise en charge en cas d'urgence vitale, les professionnels connaissent le numéro unique pour joindre un médecin et appelle le 15 en cas d'urgence vitale. Elles sont formées aux gestes de première urgence, des exercices de mise en situation sont également proposés. Les chariots d'urgence à disposition sont contrôlés de façon régulière et cela est programmé et tracé mensuellement afin que tous les professionnels puissent réaliser ce contrôle pour s'approprier également le contenu. Des exercices de simulation avec débriefing sont également réalisés par un organisme extérieur en lien avec l'arrêt cardio-respiratoire. Le risque transfusionnel est maîtrisé, l'IDE et le Médecin hémovigilant sont identifiés. Les bonnes pratiques en lien avec ce risque sont définies et mise en œuvre.

Pour les prises en charge standard, l'équipe s'appuie sur des protocoles internes intégrant les recommandations de bonnes pratiques. Pour les prises en charge complexes, une concertation pluridisciplinaire hebdomadaire permet de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique. Les décisions sont tracées et intégrées au DPI. La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée. Les demandes d'admission font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle quotidienne en SMR et hebdomadaire en USLD au cours d'une commission d'admission. Les demandes sont étudiées avec le médecin et le cadre de proximité du service de soins concerné qui complètent les demandes parfois non exhaustives en contactant les adresseurs. Les demandes viatrajectoire adressées par les établissements sanitaires sont analysées au regard des critères d'admissibilité. La pertinence du maintien de la prise en charge est réévaluée lors des staffs pluriprofessionnels. Des orientations vers l'hospitalisation à domicile (HAD) peuvent être envisagées lorsque les prises en charge sont compatibles. Une revue de la pertinence des séjours est suivie via le DIM de territoire qui transmet régulièrement les indicateurs. L'établissement a mis en place le suivi de ses indicateurs et l'évolution sera appréciée en vue de la mise en place d'actions d'amélioration. Cette organisation a été mise en place récemment, et les derniers mois ont été consacrés à la mise en place de nombreuses actions d'amélioration, l'évaluation de leur efficacité n'avait pas encore pu être réalisée au moment de la visite. La prescription des antibiotiques est argumentée mais pas systématiquement réévaluée entre la 24 et la 72^{ème} heure comme constaté dans certains dossiers. Une alerte informatique est automatique afin que le médecin réévalue et reconduise la prescription si nécessaire avant 72h mais peu visible des praticiens. Ce problème est connu de la gouvernance et les audits réalisés par les Pharmaciens confirment que cette traçabilité de la réévaluation n'est pas systématique. Un plan d'action d'amélioration est en cours. Les praticiens se réfèrent à des recommandations locales et nationales (guide de bon usage des antibiotiques, accès à un site spécifique professionnel). Les Pharmaciens sont référents de par leur expertise (DU en antibiothérapie) et peuvent se référer au

service d'infectiologie du CH de Montauban si besoin. Les praticiens présents n'avaient pas été formés au bon usage des antibiotiques. Des audits sont réalisés sur la pertinence des prescriptions d'antibiotiques. Une dotation d'urgence d'antibiotiques est disponible intégrée à la dotation pour besoin urgent de médicaments de la structure en cas de besoin aux heures de fermeture de la Pharmacie et une convention avec la Pharmacie du CH de Montauban est également en place en cas d'indisponibilité du traitement. Le recours à la contention et aux mesures restrictives de liberté est décidé en équipe pluriprofessionnelle avec la participation du médecin et est mis en place quand toutes les mesures alternatives n'ont pas permis de sécuriser la prise en charge du patient. L'établissement développe des solutions pour limiter ce recours comme des lit bas, des solutions d'aménagement de l'environnement (matelas au sol). Il mobilise aussi des activités occupationnelles en USLD et les professionnels proposent des activités multi sensorielles si besoin en chambre. La contention mécanique est prescrite médicalement. Le patient et/ou ses proches sont informés de la décision collégiale. En SMR, il n'a pas toujours été retrouvé la traçabilité de la surveillance, l'évaluation bénéfice/risque et la réévaluation de la pertinence du maintien. En USLD, un protocole de surveillance quotidien et de l'évaluation bénéfice/risque a été mis en place et toute la traçabilité est retrouvée dans les dossiers. Les équipes ne sont pas encore engagées dans une démarche afin d'assurer des soins écoresponsables avec des actions concrètes mises en œuvre néanmoins un travail est en cours pour diminuer les déchets de soins.

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

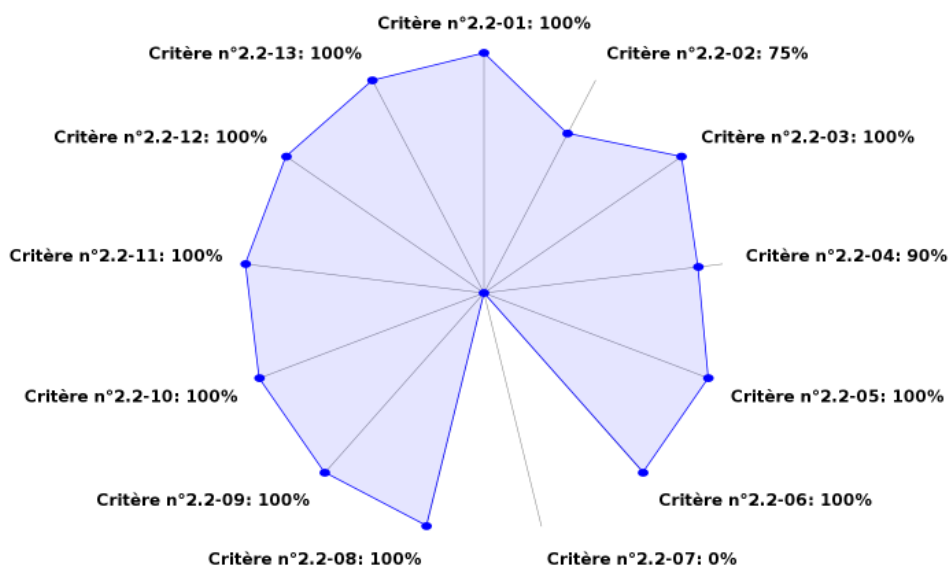
Score de l'objectif **97%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	Non Applicable
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	80%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	100%
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%
2.1-13	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 **97%**

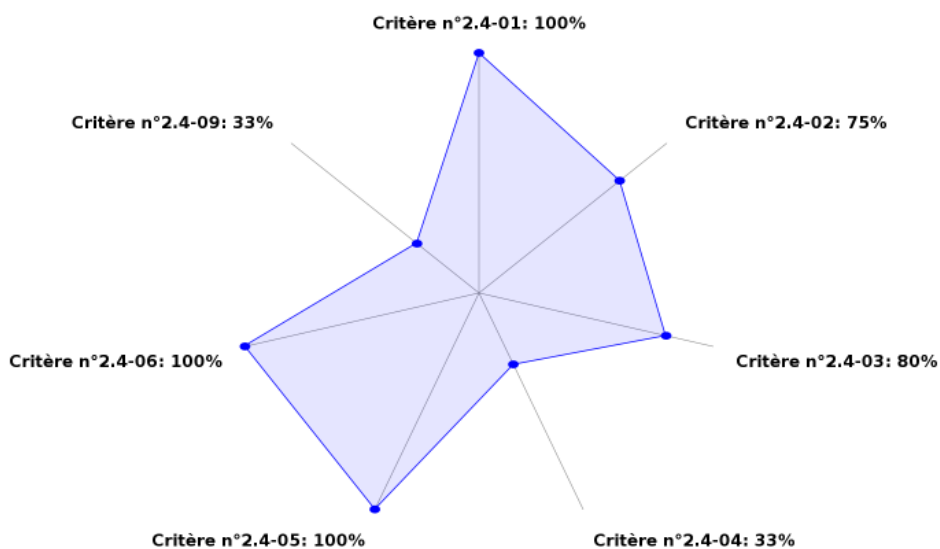


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	75%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	90%
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	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	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

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

Score de l'objectif **75%**

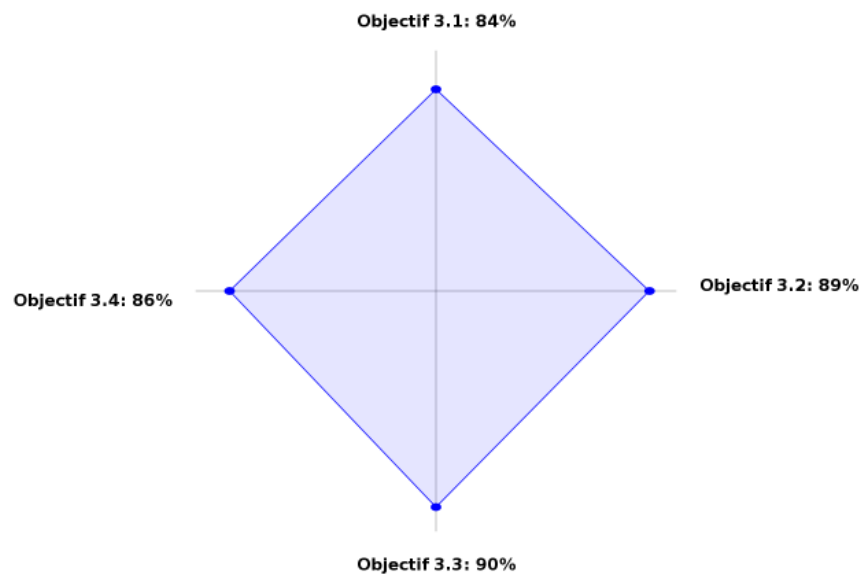


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	75%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	80%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	33%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	33%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **88%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	84%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	89%
3.3	Le positionnement territorial	90%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	86%

Synthèse du chapitre 3

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins au travers d'une politique qualité définie. La démarche qualité/gestion des risques est suivie : il existe un programme d'actions d'amélioration (PAQSS) actualisé. L'exploitation des événements indésirables (EI), des indicateurs, résultats d'audits, questionnaires de satisfaction des patients, plaintes et réclamations est effective. Des indicateurs sont suivis en instances. Des objectifs sont déclinés en actions inscrites au PAQSS de l'établissement, accessible aux professionnels sur la gestion électronique documentaire. La démarche est déclinée sur le terrain et les professionnels font, dans la majorité des cas, les liens avec les actions d'amélioration mises en place. Beaucoup d'actions ont été mises en œuvre très récemment et l'appropriation n'est pas encore totale sur le terrain de ce fait. Les professionnels sont référents de thématique et force de proposition sur le terrain pour mettre en œuvre les actions d'amélioration. La culture sécurité des soins a été récemment évaluée par une enquête en Septembre 2025. L'implication des professionnels dans la déclaration des EI et des presque accidents via les fiches de déclaration a été relancée et elle est effective au moment de la visite. Des COPIL ont lieu tous les mois pour présenter les fiches d'événements indésirables (FEI) et les analyses y sont réalisées. Les informations importantes relevant de la démarche qualité sont diffusées via affichage ou lors des réunions de service organisées par les cadres de service ou celles d'informations par la responsable qualité (les jeudis de la qualité) afin de communiquer au plus près des professionnels et de nombreux professionnels sont investis dans des groupes de travail par thématique (nutrition, douleur, chutes, hygiène, éthique, transfusion ...). Le déclarant d'un EI et les équipes bénéficient d'un retour systématique et sont associés aux analyses en CREX lors des EI Graves. L'établissement n'a déclaré aucun EIG sur la plateforme de signalement externe. Il utilise la méthode ALARM pour l'analyse approfondie des causes. Le dispositif d'alerte de vigilances ascendantes et descendantes est piloté et une permanence 24/24 est organisée afin de recevoir les messages d'alerte à tout moment. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est formalisée dans un plan blanc, un plan de gestion de crise et un plan de sécurisation de l'établissement. Les situations à risques identifiées sont organisées en termes de moyens, d'organisation humaine via des fiches réflexes par professionnel impliqué. Des situations de crise ont été simulées (incendie, cyberattaque, urgence vitale). Concernant le questionnement éthique, une cellule locale éthique est constituée au sein de l'établissement et vient récemment d'être réactivée : « le cercle éthique ». Des référents participent au comité éthique du GHT mensuel et ont participé à des débats sur la fin de vie à Montauban, une soirée sur le thème de la vulnérabilité a aussi été organisée. Un formulaire de saisine a été mis en place pour recueillir les thèmes (papier ou sur une adresse mail spécifique). Les référents peuvent aussi solliciter l'ERE Occitanie (Espace Régional d'Éthique) sur des sujets particuliers ou pour faire appel à des experts.

La politique managériale s'appuie sur une adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge. L'organisation mise en place permet une prise en charge H24 avec des astreintes pour garantir la continuité des soins dans tous les secteurs. L'établissement dispose de maquettes organisationnelles et d'une trame pour la gestion des plannings. En cas d'absence prévisionnelle ou inopinée, l'établissement met en place différents niveaux de réponse. Il procède à des réaffectations avec les personnes présentes après évaluation de la charge en soins et des spécificités des patients dans les secteurs et les équipes s'entraident en fonction. Ensuite, il peut faire appel à un pool de professionnels via une plateforme dédiée. En cas de recours au remplacement,

les affectations sont adaptées pour positionner le personnel permanent et connaissant la structure dans les services où les prises sont plus complexes, comme les soins palliatifs. Par ailleurs, la permanence médicale est organisée H24 7/7. Ces organisations sont connues des équipes. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un accueil dédié et d'un parcours d'intégration avec une prise de fonction en doublure avec un professionnel déjà présent. Cette intégration est effectuée en s'appuyant sur des livrets d'accueil adaptés aux métiers occupés. Les stagiaires bénéficient d'un tutorat par des soignants qui y ont été formés. Le bien-être des salariés est soutenu par la gouvernance au travers des actions visant notamment à améliorer les conditions de travail et fidéliser les professionnels (rails en ECA, achat de chariots motorisés en USLD, mise à disposition de vélos électriques pour venir travailler « vélo taff », deux studios à disposition pour les remplaçants). La Direction n'a pas formalisé de Politique de Qualité de vie et d'amélioration des Conditions de Travail (QVCT), le DUERP n'est pas non plus réactualisé annuellement. Un dialogue de gestion a été mis en place mensuellement avec l'encadrement et un autre avec les représentants du personnel. Un groupe de travail a aussi démarré une réflexion sur la cohésion d'équipe et la sensibilisation au harcèlement ou aux violences. Les professionnels sont tenus informés des projets et de la vie de l'établissement selon différentes modalités : rencontres, informations via affichage. Il n'y a pas encore de Charte managériale co-construite avec les professionnels occupant des fonctions d'encadrement. Les compétences sont évaluées par l'encadrement paramédical pendant les entretiens annuels et la promotion professionnelle est encouragée. L'encadrement médical ne mène pas d'entretien annuel et n'est pas formé à ce sujet, il n'est pas non plus formé au management. La Direction promeut le développement des compétences et de nombreuses formations diplômantes ou qualifiantes sont proposées (type Diplômes Universitaires) et les professionnels mettent ensuite à profits leurs nouvelles compétences : Soins palliatifs, douleur, plaies et cicatrisation, gériatrie. Un Infirmier en Pratiques Avancées (IPA) sur les pathologies chroniques est nouvellement diplômé et renforce l'accompagnement des prises en charge sur l'USLD. Un plan de formation et de développement des compétences est élaboré en cohérence avec le projet d'établissement. L'établissement a déployé des outils de simulation en santé : simulation d'urgence vitale. Les situations difficiles sont abordées au sein des services lors des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. Le travail en équipe est favorisé à travers des réunions de service organisées par l'encadrement paramédical et médical, la proximité des encadrants sur le terrain. Il n'existe pas de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe. Les cadres et le responsable médical sont à l'écoute des difficultés interpersonnelles qui peuvent être abordées au besoin lors du comité de direction mensuel. Sur la sécurité malveillance, un plan de sécurisation est établi suite à un audit mené par la gendarmerie suivi d'un plan d'actions. Concernant le risque incendie, des professionnels sont référents et organisent des exercices sur site.

Le Groupement Hospitalier Vallée Quercy (GHVQ) est un établissement de santé public né de la fusion du CH de Nègrepelisse, du CH de Caussade et de l'EHPAD Saint Antonin Noble Val. Il développe des activités de proximité pour la population du territoire notamment pour ses activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) polyvalents dont les LISP (Lits Identifiés de Soins Palliatifs). L'activité d'ECA (Etat de Conscience Altérée) accueille des patients à l'échelle de la région Occitanie voir au-delà. L'activité sanitaire du site de Nègrepelisse repose sur une autorisation de 29 lits en hospitalisation complète de SMR : 8 lits SMR « ECA » et 21 lits de SMR Polyvalents à orientation gériatrique et oncologique dont 10 LISP (Lits Identifiés Soins Palliatifs). Une autorisation récente de 3 lits de médecine permet de faciliter l'accès à des lits d'hospitalisation pour la population du territoire (sans passer par les services d'urgences). 35 lits d'USLD sont situés sur le site de Caussade. Une forte

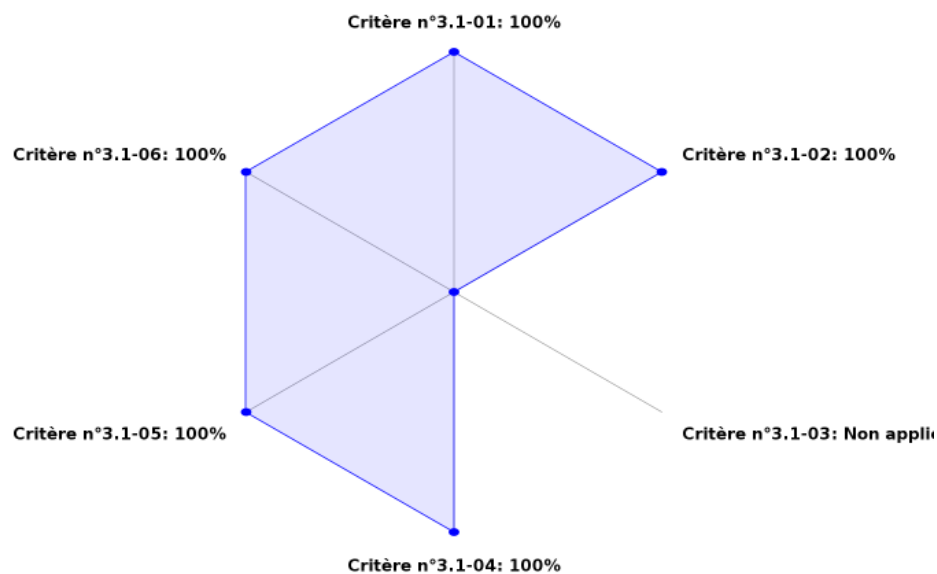
activité médico-sociale caractérise le groupement (300 lits d'EHPAD environ, un SSIAD de 53 places, un Centre de ressources territoriale, des logements au sein d'une résidence autonomie). LE GHVQ a défini un projet d'établissement 2024-2029 qui s'articule autour d'orientations stratégiques validées en CME et diffusées, en cohérence avec son territoire et au regard du Projet Régional de Santé. L'établissement participe aux projets territoriaux en lien avec ses activités et la prise en charge spécifique des patients en SMR et USLD et ouvre actuellement des places en hospitalisation complète pour 3 lits de Médecine afin de répondre aux besoins du territoire (projet validé par l'ARS et lits en cours de déploiement). Le GHVQ adapte son fonctionnement aux évolutions du parcours patient, notamment dans le cadre d'un travail en lien avec les hospitalisations non programmées afin d'éviter les passages aux urgences et les transferts évitables des personnes âgées et des indicateurs de suivi ont été mis en place et sont suivis par le DIM de territoire. Des admissions directes peuvent ainsi être réalisées depuis le domicile des patients. L'Établissement est partenaire actif de la CPTS Quercy Gorges de l'Aveyron (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) et le CLS (Contrat Local de Santé) Quercy vert Aveyron et Quercy Caussadais en Midi Quercy. Il participe également au réseau de soins (DAC 82, HAD, EMSP départementale...). Les médecins du Centre ont de nombreux échanges avec leurs confrères libéraux ou des établissements partenaires ce qui facilite le parcours du patient. Des conventions sont établies et formalisées avec le Groupement et de nombreux établissements adresseurs ou partenaires (Laboratoire, Radiologie, Centre Hospitalier de Montauban, Cliniques, HAD...) mais aussi de nombreuses structures d'aval et des associations. La gouvernance n'a pas mis en place de dispositif pour repérer les professionnels médicaux et paramédicaux souhaitant intégrer des travaux de recherche clinique. Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement. La communication est facilitée pour les patients et les professionnels et/ou partenaires extérieurs grâce à des contacts directs par téléphone ou par mail. Une messagerie sécurisée de santé permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen...) entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives et un professionnel peut répondre 24/24. Le DMP du patient est agrémenté le jour de la sortie pour permettre au médecin qui recevra ensuite le patient d'y avoir rapidement accès. Les professionnels connaissent les types de documents (lettre de liaison de sortie, ordonnance de sortie, résultats biologiques) reversés au dossier médical de Mon espace santé. Les médecins n'ont pas accès aux documents versés au DMP du patient. L'établissement participe également à la mission d'enseignement sur son territoire en accueillant de nombreux étudiants infirmiers, aides-soignants.

Le GHVQ s'adapte à son environnement et développe des soins éco-responsables. La filière déchet est organisée avec tri de différents déchets en vue de leur recyclage. Un travail a été réalisé dans la gestion des DASRI permettant de les diminuer. Un banaliseuse est sur site pour le traitement des DASRI. Des sensibilisations sont réalisées en lien avec les écogestes. La télésanté est possible mais non formalisée (pilotage, critères d'éligibilité, identification des professionnels, évaluation du dispositif...). Un Comité Développement Durable est en place avec un plan d'actions et le référent suit l'ensemble des actions mise en œuvre à l'échelle du groupement. L'établissement a mis en œuvre plusieurs actions au cours des dernières années, tels que des travaux d'isolation, l'installation de mitigeurs, d'éclairage LED, de fontaines à eau, des primes pour favoriser les mobilités douces. Les consommations en eau et énergie et la production de déchets sont suivies. La dimension environnementale est intégrée dans le projet architectural du futur bâtiment en cours de validation. Un plan de maintenance est suivi par la gouvernance afin de contrôler les matériels et équipements annuellement et le suivi est réalisé. Si des

problématiques sont rencontrées les professionnels référents signalent via des FEI. Les achats tiennent compte de ces enjeux au niveau local et régional.

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

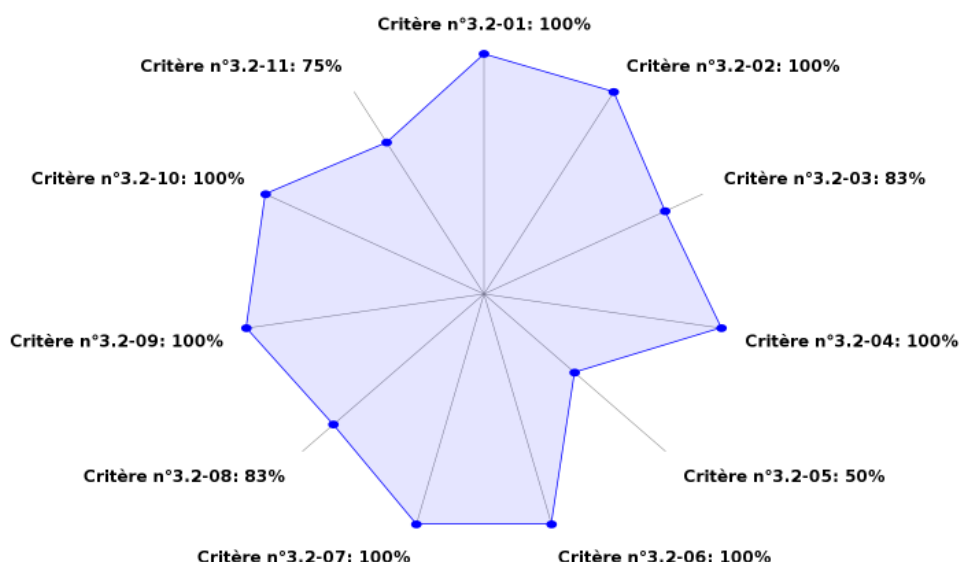
Score de l'objectif **84%**



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

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **89%**

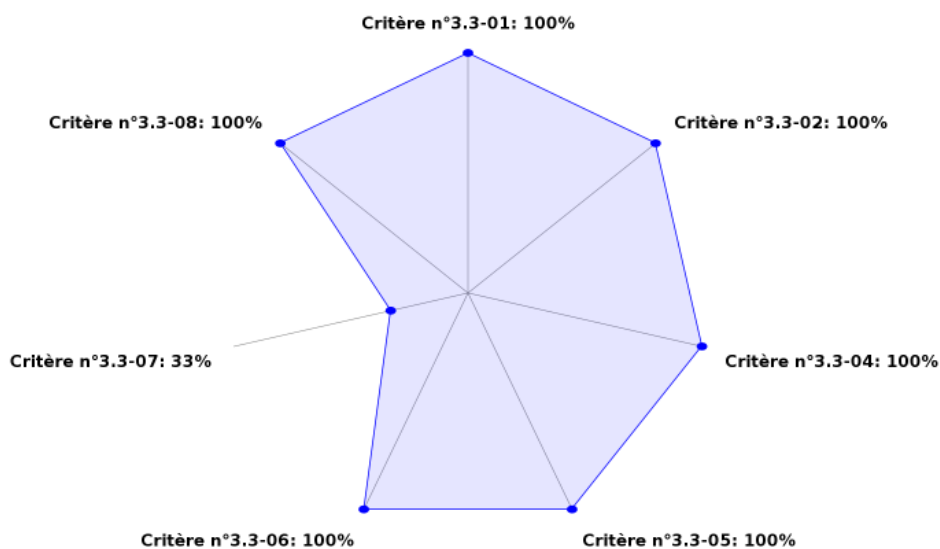


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	83%
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	50%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	83%
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	75%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

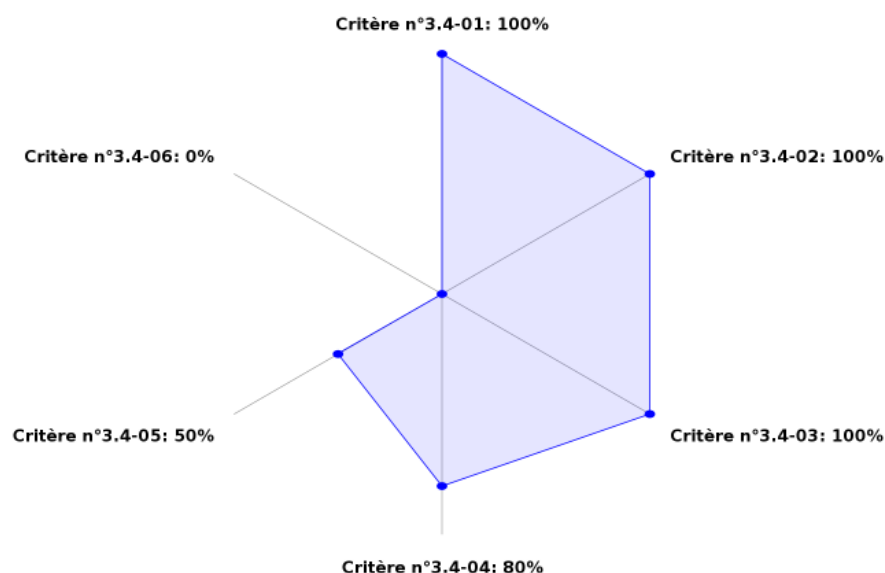
Score de l'objectif **90%**



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%
3.3-04	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	33%
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 **86%**



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	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	0%

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

