



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER DU
NORD DEUX-SEVRES**

4 rue du docteur michel binet
79350 FAYE L ABBESSE



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	7
Les évaluations réalisées pendant la visite	8
La décision	9
Les résultats	10
Les résultats des critères impératifs et avancés	11
Chapitre 1 : Le patient	15
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	15
Synthèse du chapitre 1	16
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	23
Chapitre 2 : Les équipes de soins	24
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	24
Synthèse du chapitre 2	25
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	29
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	31
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	33
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	35
Chapitre 3 : L'établissement	36
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	36
Synthèse du chapitre 3	37
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	40
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	41
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	43
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	44

Préambule

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

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

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

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

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DU NORD DEUX-SEVRES	
Adresse	4 rue du docteur michel binet 79350 FAYE L ABBESSE FRANCE
Département / Région	Deux-Sèvres / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	790006654	CENTRE HOSPITALIER DU NORD DEUX-SEVRES	4 rue du Docteur Michel BINET 79350 FAYE L ABBESSE FRANCE
Établissement géographique	790015184	STRUCT. INTERSECT. / AUTISTES (4&5)	40 r du docteur colas 79100 Thouars FRANCE
Établissement géographique	790008023	CH NORD DEUX SEVRES HOPITAL DE JOUR PEDO PSYCHIATRIQUE	70 rue voltaire 79100 Thouars FRANCE
Établissement géographique	790007702	CH NORD DEUX SEVRES -HOP. DE JOUR PEDO PSYCHIATRIQUE	41 boulevard de poitiers 79300 Bressuire FRANCE
Établissement géographique	790007694	CH NORD DEUX SEVRES -HOPITAL DE JOUR MALABRY	Rue baritauderie 79300 Bressuire FRANCE
Établissement géographique	790003537	CH NORD DEUX-SEVRES - SITE DE THOUARS	B. p. 181 2 rue du docteur andre colas 79103 Thouars FRANCE
Établissement géographique	790007892	CH NORD DEUX SEVRES - CMP UMPEA Pedopsychiatrie	ZI La Ferrière 7 rue Jean Mermoz 79300 Bressuire FRANCE

Établissement géographique	790007751	CH NORD DEUX SEVRES - CMP - CATTP	Rue de malabry 79300 Bressuire FRANCE
Établissement géographique	790007710	CH NORD DEUX SEVRES - CMP	24 Boulevard Raymond Vouhé 79100 Thouars FRANCE
Établissement principal	790019848	CENTRE HOSPITALIER DU NORD DEUX SEVRES - SITE principal FAYE L'ABBESSE	4 rue du docteur michel binet 79350 FAYE L ABBESSE FRANCE
Établissement géographique	790000103	CENTRE HOSPITALIER DU NORD DEUX SEVRES - SITE PARTHENAY	Bp 199 Rue de brossard 79205 PARTHENAY FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel
 Electroconvulsivothérapie
 Maternité
 SAMU-SMUR
 Santé mentale et psychiatrie
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 Urgences

Mode de prise en charge
 Hospitalisation à domicile

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



Évalué **11** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **21** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **17** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

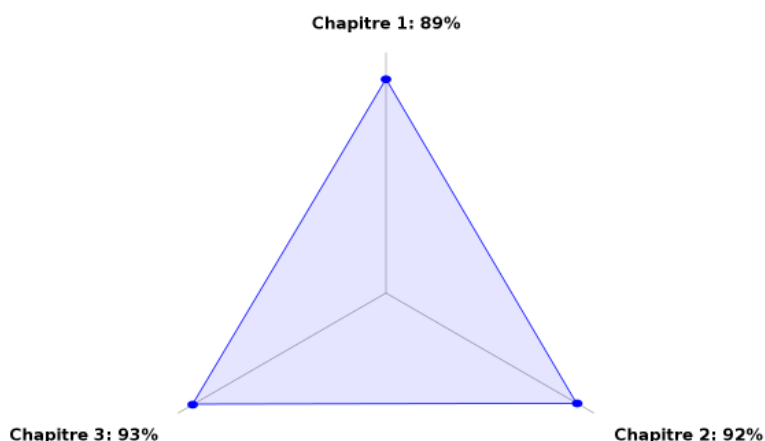
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

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



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	89%
Chapitre 2	Les équipes de soins	92%
Chapitre 3	L'établissement	93%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

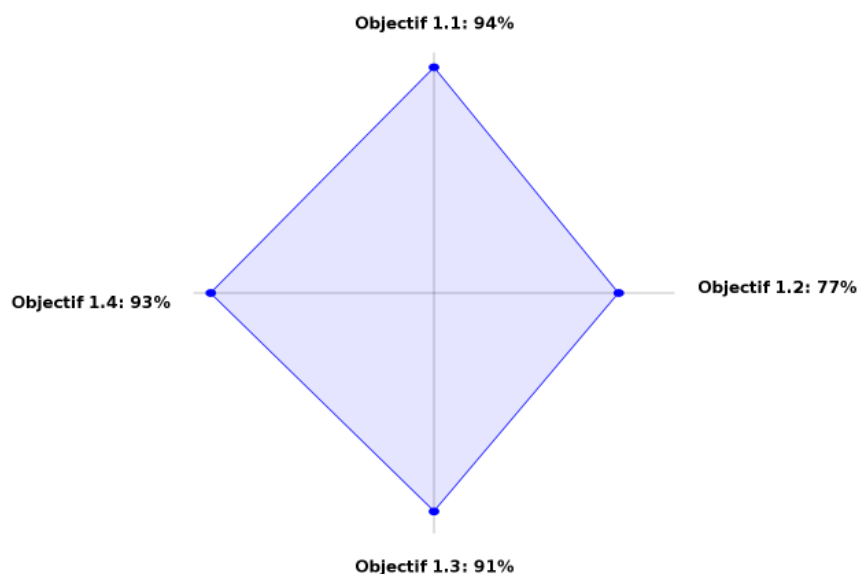
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	98%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	96%
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.	95%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	53%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	83%
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	25%
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	33%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	25%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	25%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **89%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	94%
1.2	L'information du patient	77%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	91%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	93%

Synthèse du chapitre 1

Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres (CHNDS) a une offre de soins structurée autour d'un hôpital neuf sur FAYE l'Abbesse, et sur les sites de Thouars, Parthenay et Bressuire. La direction est commune avec les Centres Hospitaliers de Mauléon et de Niort.

Les patients accueillis au CHNDS bénéficient de soins assurant le respect de leur dignité et de la confidentialité des informations les concernant. Cependant, sur le site de Thouars la configuration des locaux ne permet pas toujours d'assurer la dignité et l'intimité des patients hospitalisés. En effet, les douches et dans certains services les WC sont communs et partagés entre les patients. L'établissement conscient de la situation a lancé un projet architectural dans lequel est prévu des chambres individuelles équipées de douches. Les travaux vont commencer prochainement. De même, le service des urgences ne garantit pas toujours l'intimité et la confidentialité des patients lors des pics d'activité (de nombreux brancards sont alignés sans séparation).

Le CHNDS accueille un nombre limité de patients mineurs ; toutefois, l'environnement et leur prise en charge sont adaptés, tant dans les secteurs d'hospitalisation, en HDJ pédopsychiatrie que au bloc opératoire et en SSPI.

Dans l'ensemble des services l'information sur le droit à rédiger les directives anticipées est donnée et leur recueil est effectif.

La prise en charge de la douleur est effective. Sa traçabilité est retrouvée dans les dossiers patients. Des moyens non médicamenteux, tels que l'électrostimulation pour lombalgie, socio-esthétisme ou la thermothérapie, sont proposés en complément du traitement médicamenteux. En ce qui concerne la douleur psychologique, sont proposées des alternatives telles que le salon d'apaisement, un bain thérapeutique, un sac de frappe.

La bientraitance est au cœur des pratiques professionnelles, comme en témoignent les patients rencontrés. Le maintien de l'autonomie constitue une priorité pour les équipes médico-soignantes. Dès l'admission, un bilan des capacités du patient est réalisé afin d'adapter la prise en charge à ses besoins. Cependant, dans le service de Soins de Longue Durée l'évaluation de l'autonomie dans les besoins élémentaires (hygiène, habillage, locomotion, incontinence...) n'a pas été retrouvée dans l'onglet Recueil des Données du dossier patient informatisé.

Les équipes du CHNDS s'attachent à fournir une information complète, claire et adaptée aux patients accueillis. Les entretiens menés confirment que les patients se sentent bien informés sur le droit à rédiger des directives anticipées, le déroulement de leur séjour, leur prise en charge et les consignes de sortie. Néanmoins, la plupart des patients interrogés ignorent la présence et le rôle des représentants des usagers, ainsi que le fonctionnement du Dossier Médical Partagé (DMP) et son alimentation par les professionnels de santé, le rôle du médiateur et la possibilité de déclarer des événements indésirables associés aux soins. D'autre part, la carte d'implant ou son équivalent n'est pas remise de manière systématique au patient.

Dans la majorité des secteurs de l'établissement, le consentement du patient est recueilli et son

projet de soins est construit à partir d'une évaluation globale et partagée avec les professionnels qui le prennent en charge. En psychiatrie, en hospitalisation libre ou sans consentement, le projet de soins est coconstruit avec le patient et fait l'objet d'un contrat de soins qui est régulièrement réévalué. Cependant, au cours de la visite a été constaté que certains patients hospitalisés en USLD ou en HDJ chimiothérapie ne bénéficiaient pas de projets de soins ou de vie. Les patients sont informés du rôle de la personne de confiance, sa désignation est présente dans le dossier, bien que la double signature (patient / personne désignée) ne soit pas systématique.

L'implication du patient est favorisée par la mise en place de programmes d'éducation thérapeutique (ETP santé mentale « vivre avec une maladie psychique chronique, on en parle ? » ; ETP « mieux vivre avec ma douleur »). Les aptitudes, capacité du patient en situation de handicap sont évaluées et prises en compte dans le projet de soins intégrant le projet d'accompagnement.

Quel que soit le profil des personnes accueillies (qu'il s'agisse de patients en situation de précarité ou porteurs d'un handicap) un suivi social est systématiquement instauré dès l'entrée. L'assistante sociale évalue l'environnement social et familial, le lieu de vie, l'accessibilité et les aides déjà en place afin d'anticiper les besoins pour la continuité du parcours de soins. Les enfants et adolescents hospitalisés en pédopsychiatrie bénéficient d'une continuité de leur scolarité.

Bien que maintien de l'autonomie constitue une priorité pour les équipes médico-soignant, la préservation de l'autonomie de la personne âgée est variable selon les secteurs d'hospitalisation. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène des personnes âgées ainsi que ses aptitudes et capacités ne sont pas systématiquement évalués de l'admission à la sortie. Néanmoins, dans le service de SMR sur FAYE ABBESSE, l'autonomie de la personne âgée est préservée avec l'accès précoce aux kinésithérapeutes, ergothérapeutes et diététicienne.

La participation des proches et des aidants est encouragée, dans le respect des souhaits et du consentement du patient. Leur présence est facilitée, notamment dans les situations difficiles, par la mise à disposition d'un lit d'appoint, l'adaptation des horaires de visite ou l'accès à des espaces dédiés..

L'établissement accorde une importance particulière au recueil du point de vue des patients concernant leur prise en charge. Un questionnaire de satisfaction et d'expérience est systématiquement remis à chaque patient lors de sa sortie d'hospitalisation, les patients rencontrés en connaissent l'existence. De nombreuses associations participent à la vie de l'établissement comme « entr'aide addict » pour le SMR addictologie, Association Francophone pour Vaincre la Douleur (AFVD) qui intervient une fois par mois dans le cadre de la consultation douleur, l'UNAFAM propose la manifestation « en voiture Psymone » dont l'objectif est déstigmatiser la maladie mentale. Sur le secteur de la psychiatrie sur le site de Thouars, l'association « APRES » porte le projet « Cafétéria » coconstruit et coanimé avec les patients.

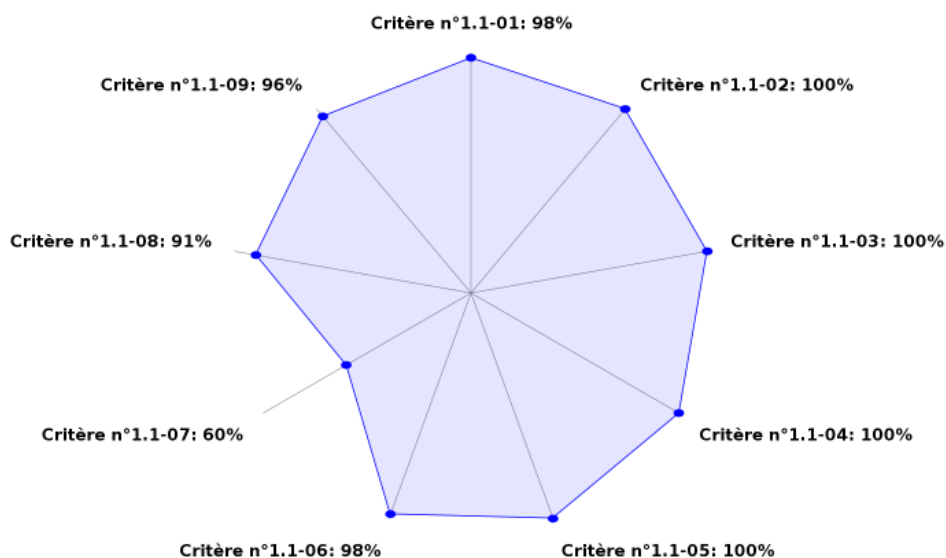
Les représentants des usagers sont très investis au sein de l'établissement, une adresse mail générique a été créée pour faciliter leur sollicitation. Ils participent à toutes les instances et sont associés aux projets structuraux de l'établissement. Ils sont très impliqués dans l'organisation

et animation des « journées qualité » avec la création de nombreux posters et capsules vidéos sur différents thèmes comme « les directives anticipées, la Commission Des Usagers (CDU), la personne de confiance...

L'analyse des résultats issus de ces différents questionnaires permet d'identifier des axes d'amélioration. Les actions correctives et préventives qui en découlent sont ensuite intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) de l'établissement.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

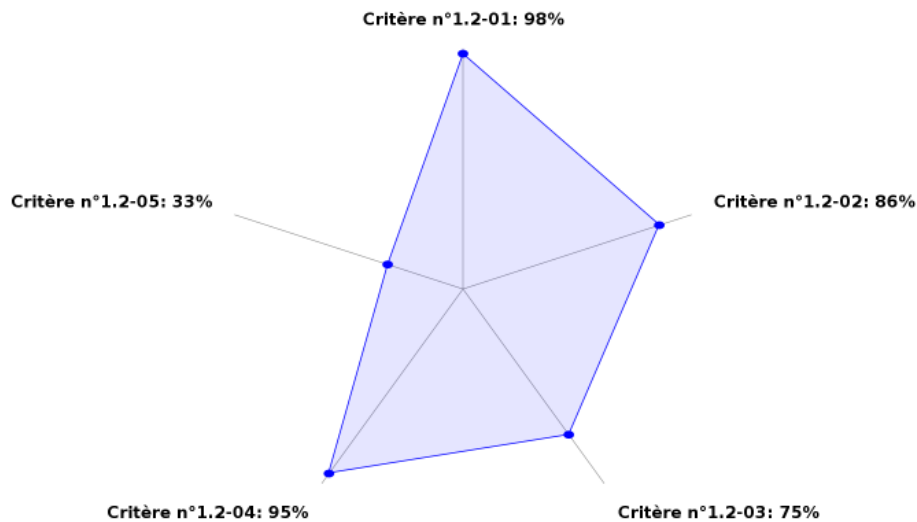
Score de l'objectif **94%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	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 bientraitante	98%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	60%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	91%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	96%

Objectif 1.2 : L'information du patient

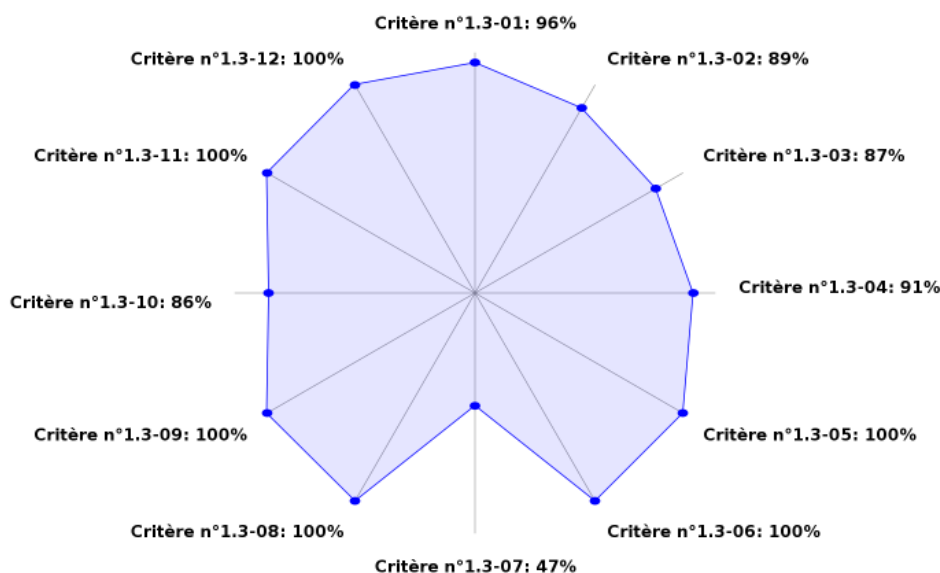
Score de l'objectif **77%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	98%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	86%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	75%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	95%
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.	33%

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

Score de l'objectif **91%**

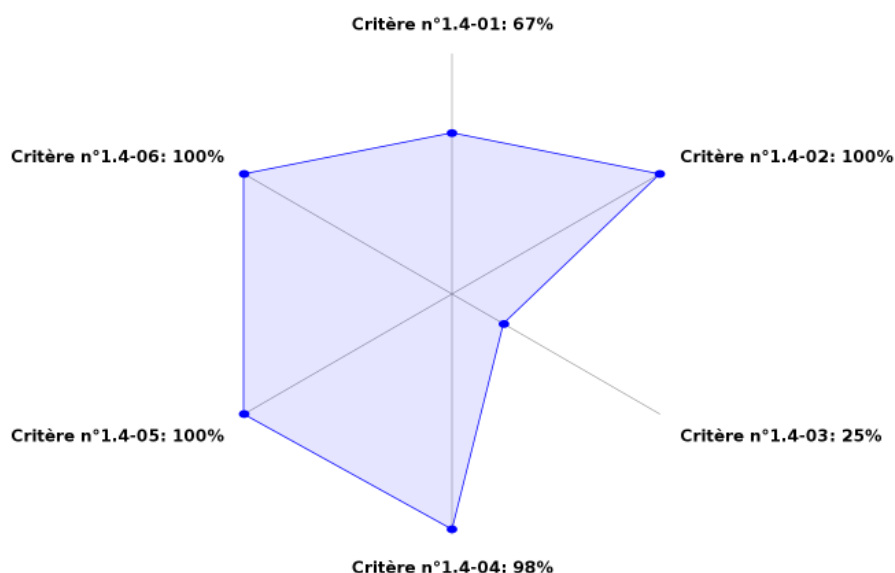


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	96%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	89%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	87%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	91%
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	47%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	100%

1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	86%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%
1.3-12	Le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	100%

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

Score de l'objectif **93%**

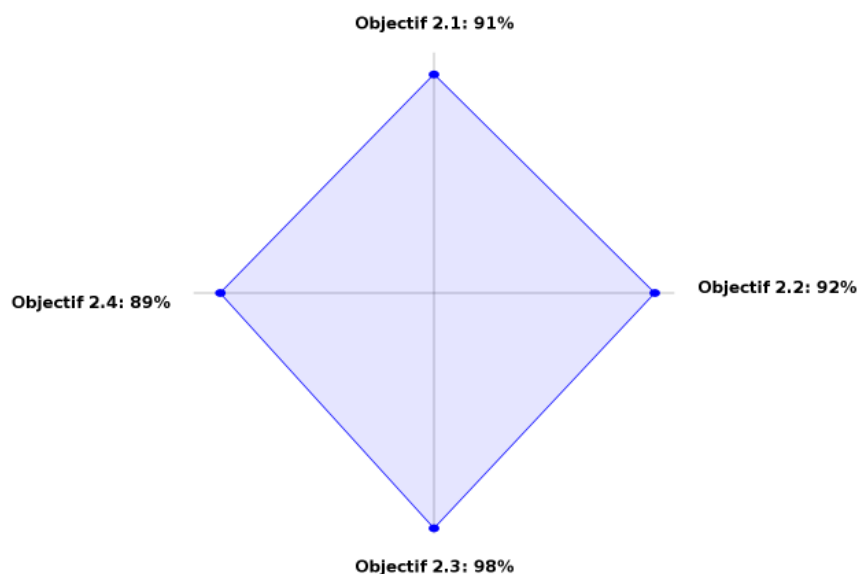


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	67%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	25%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	98%
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 **92%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	91%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	92%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	98%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	89%

Synthèse du chapitre 2

La coordination entre les équipes de consultation et les secteurs d'hospitalisation est effective. Les comptes rendus de consultation sont disponibles dans le dossier médical informatisé, et versés dans le Dossier Médical Partagé (DMP) de Mon espace santé. La coordination opérationnelle entre le CMP et les unités d'hospitalisation garantit la continuité des prises en charge et sécurise les transitions dans les parcours de soins adultes et infanto-juvéniles.

La coordination des équipes autour de la prise en charge des patients constitue une priorité de l'établissement. Elle se traduit par l'implication de l'ensemble des professionnels et leur capacité à travailler en synergie au service du patient quel que soit le secteur d'activité. Toutefois, la qualité des informations transmises entre le bloc et les unités de soins n'est pas évaluée.

Tous les professionnels disposent d'un accès au dossier informatique, regroupant l'ensemble des informations nécessaires à la continuité et à la qualité du suivi. Le recours au Dossier Médical Partagé demeure marginal et non systématisé au sein des équipes.

Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires (médecins, soignants, rééducateurs) permettent d'évaluer et d'ajuster les projets de soins en fonction de l'évolution des patients. En ce qui concerne la phase de transition adolescent / adulte les équipes de pédopsychiatrie et adultes se coordonnent pour éviter les ruptures avec la mise en place

La prise en charge nutritionnelle est complète, documentée et régulièrement tracée. Les professionnels sont formés au repérage des déséquilibres alimentaires, et les diététiciens interviennent dès qu'une situation spécifique le nécessite.

En santé mentale, l'accès aux soins est organisé et la collaboration avec les médecins généralistes est effective. En revanche, le plan de prévention partagé n'est pas encore formalisé au sein de l'établissement. Un groupe de travail GHT a élaboré un document dont le déploiement est prévu à court terme. Les professionnels sont formés à la prévention et au repérage du risque suicidaire. En hospitalisation, ce risque est évalué à l'aide d'une grille partagée par l'équipe. En revanche, le secteur ambulatoire de psychiatrie ne dispose pas encore d'un outil formalisé d'évaluation. Une grille élaborée en groupe de travail est en cours de déploiement.

Un examen somatique est systématiquement réalisé pour tout patient hospitalisé en psychiatrie, y compris en cas de mise en chambre d'isolement.

L'organisation de la sortie est anticipée dès l'admission. Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, une lettre de liaison est systématiquement remise au patient lors de sa sortie et transmise au professionnel de santé référent. Toutefois, certaines lettres ne comportent pas l'ensemble des éléments attendus, notamment le bilan thérapeutique. Par ailleurs, le carnet de santé de l'enfant n'est pas systématiquement renseigné à la sortie.

L'identitovigilance est maîtrisée au sein de l'établissement. La majorité des patients disposent d'un bracelet d'identification dès leur admission, garantissant la sécurisation de leur prise en charge. Cependant, sur le site de THOUARS (SMR addictologie et psychiatrie), le choix a été fait

de ne pas mettre en place de bracelet d'identification, sans prévoir de dispositif alternatif. L'établissement a pris acte de cette remarque et procédera très prochainement au déploiement de la photographie dans le Dossier Patient Informatisé.

Les équipes connaissent les procédures et les lieux d'identification et procèdent à une vérification systématique de l'identité du patient à chaque étape du parcours de soins.

Un comité d'identitovigilance est en place ; il dispose d'un référent clairement identifié et connu de l'ensemble des professionnels. Ce comité se réunit régulièrement afin de suivre les indicateurs d'activité, d'analyser les écarts éventuels et de traiter les situations complexes.

La prise en charge médicamenteuse est maîtrisée sur l'ensemble du processus. Les bonnes pratiques de prescription et d'administration sont respectées, l'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions. Les interventions du pharmacien sont prises en compte par les prescripteurs. La conciliation médicamenteuse est engagée pour l'oncogériatrie et l'oncohématologie en hôpital de semaine pour les patients de plus de 75 ans insuffisant cardiaque. Elle est programmée pour l'ensemble de la gériatrie. A ce jour, il n'y a pas eu d'évaluation de la pertinence de l'activité conciliation.

La délivrance des traitements est adaptée aux besoins de l'ensemble des services. Les erreurs médicamenteuses font l'objet d'une déclaration systématique, d'une analyse collective et de la mise en œuvre de plans d'actions d'amélioration. Cependant, quelques professionnels ont dit ne pas être formés à la prévention du risque médicamenteux.

Pour lutter contre les infections associées aux soins, l'établissement est doté d'une équipe opérationnelle d'hygiène investie sur la prévention du risque infectieux. Les équipes ont une bonne connaissance des risques infectieux et maîtrisent l'application des mesures standard et complémentaires ainsi que le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs. Les solutions hydroalcooliques sont disponibles. Leur utilisation est connue des patients. Les équipes appliquent les bonnes pratiques d'hygiène des mains.

Les risques liés à la transfusion sanguine sont connus, la traçabilité des différentes étapes de la transfusion est retrouvée dans le dossier. L'équipe améliore ses pratiques par l'analyse des taux de prescriptions conformes, taux de destruction et pertinence de la transfusion aux urgences. Une « filière anémie » a été mise en place en hôpital de jour pour éviter des transfusions non justifiées aux urgences

La prise en charge des urgences vitales est effective au sein de l'établissement. Il existe un numéro d'appel unique en cas d'urgence vitale, il est connu par l'ensemble des professionnels rencontrés. Cependant, sur le site de FAYE l'ABESSE, le numéro est dirigé sur l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation qui à son détour dirige l'appel sur le SMUR 1 ou 2 ou 3 en fonction de leur disponibilité. Cette organisation ne répond pas à l'attendu qui est de joindre directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence. L'établissement a pris acte de la remarque, a été réactif en écrivant une nouvelle procédure qui a été testée dans la semaine mais qui devra faire l'objet d'autres évaluations pour s'assurer de son efficacité. Chaque service dispose d'un chariot d'urgence ou d'un sac d'urgence et d'un Défibrillateur Semi-Automatique (DSA) Cependant, Les pratiques de vérification des chariots d'urgence ou sacs d'urgence sont

variables, il a été constaté des défauts de traçabilité des vérifications (numéros de scellés incorrects..) dans certains services. L'établissement planifie et suit la formation des professionnels médicaux et paramédicaux aux gestes de première urgence type AFGSU. Néanmoins, peu de services organisent des exercices de mise en situation. A ce jour, l'établissement n'a pas de dispositif d'évaluation de la prise en charge des urgences vitales qui valide l'efficacité de l'organisation en place.

L'ensemble des risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants est maîtrisé. Toutefois, pour des raisons techniques, les comptes rendus d'examens de radiologie interprétés en téléradiologie ne sont actuellement pas intégrés au Dossier Médical Partagé (DMP) via Mon Espace Santé.

L'établissement étudie la possibilité de mettre en place une interface entre les logiciels concernés afin de permettre l'alimentation automatique du DMP.

L'ensemble des secteurs à risque de l'établissement maîtrise les risques inhérents à leur activité, qu'il s'agisse du parcours de la chirurgie ambulatoire (appel de la veille, appel post-interventionnel, livret spécifique, score de sortie de Chung, sortie validée et signée par le chirurgien), du bloc opératoire (check-list en place et évaluée, prise en charge anesthésique conforme, antibioprophylaxie réalisée) du secteur obstétrical.

La prise en charge du nouveau-né est sécurisée. Toutefois, le clampage retardé du cordon n'est pas systématiquement tracé dans le dossier. Cet écart a été relevé dans un dossier analysé.

En matière de santé mentale, les pratiques d'isolement, assorties ou non de contention, concernant les patients hospitalisés sans consentement, sont conformes aux bonnes pratiques. Afin de prévenir le recours à l'isolement, le service s'est doté d'une chambre d'apaisement répondant à l'ensemble des critères de conformité. L'activité d'électro convulsivothérapie est parfaitement maîtrisée, avec une articulation effective entre les équipes de santé mentale et celles du bloc opératoire.

Le bon usage des antibiotiques est assuré au sein de l'établissement. Toute prescription est justifiée et fait l'objet d'une réévaluation systématique, conformément aux recommandations en vigueur. Un livret d'antibiothérapie, regroupant les protocoles et recommandations actualisées, est mis à disposition de l'ensemble des professionnels, en particulier du corps médical. En cas de situation complexe, les prescripteurs peuvent solliciter l'avis d'un infectiologue. Des actions de formation et de sensibilisation sur le bon usage des antibiotiques sont régulièrement proposées en CME.

Le recours à des mesures restrictives de liberté fait l'objet d'une discussion pluridisciplinaire. Lorsqu'une contention mécanique est prescrite, celle-ci est argumentée, tracée dans le dossier du patient et sa pertinence est régulièrement réévaluée.

Parallèlement, l'établissement met en œuvre une démarche de prévention et de réduction des risques de chutes portée par deux commissions chutes/Contentions (en MCO et pôle gériatrique) avec comme objectif « zéro contention ».

Les équipes sont engagées dans le déploiement de démarches de soins écoresponsables.

La pertinence du maintien de la prise en charge en SSR est réévaluée lors de réunions hebdomadaires réunissant l'ensemble des professionnels, les décisions sont tracées dans le dossier.

Les équipes analysent les résultats du recueil de la satisfaction et de l'expérience des patients, mettent en place des actions d'amélioration. Les plaintes et réclamations sont portées à la connaissance des services. Les IQSS sont connues des équipes, ainsi que certaines actions d'amélioration comme par exemple la traçabilité de la réévaluation de la douleur.

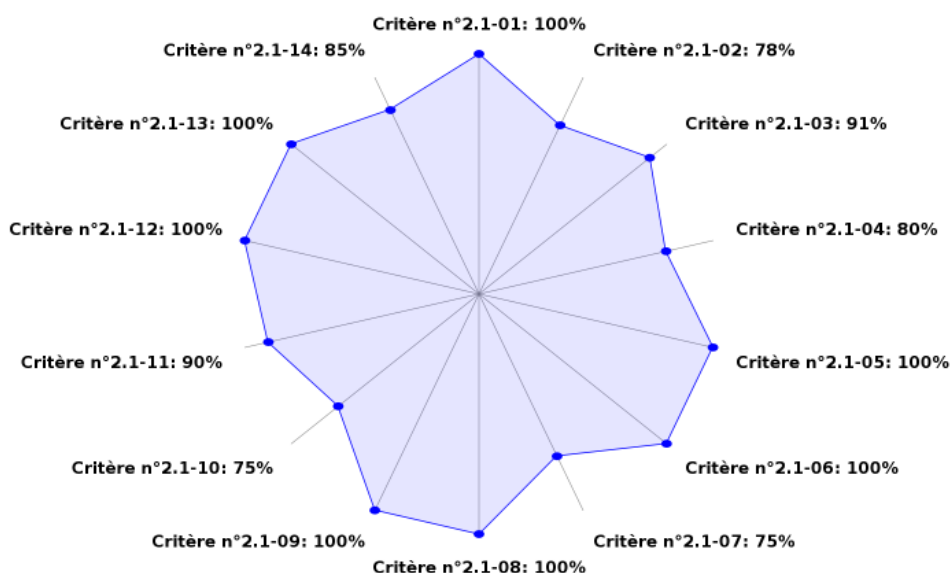
Les équipes des secteurs interventionnels assurent un suivi régulier de leurs indicateurs d'activité et de pratiques professionnelles dans une démarche d'amélioration continue. En obstétrique, les dossiers « code rouge » font l'objet d'un suivi spécifique, incluant notamment l'analyse des taux de césarienne, de péridurale et d'hémorragie de la délivrance. Ces indicateurs sont partagés et analysés en équipe pluriprofessionnelle. Au bloc opératoire, les équipes suivent leur taux d'occupation et leur taux de débordement. Des plans d'actions sont mis en œuvre, tels que le rééquilibrage des plages opératoires entre praticiens en fonction de leur activité. Les écarts de programmation sont également tracés et analysés.

La déclaration des Infections du Site Opératoire (ISO) est réalisée par le CLIN. Toutefois, l'analyse de ces déclarations n'est pas systématique et ne s'accompagne pas, à ce jour, de plans d'actions formalisés et structurés.

Les activités d'imagerie et de laboratoire font l'objet d'actions d'amélioration.

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

Score de l'objectif **91%**

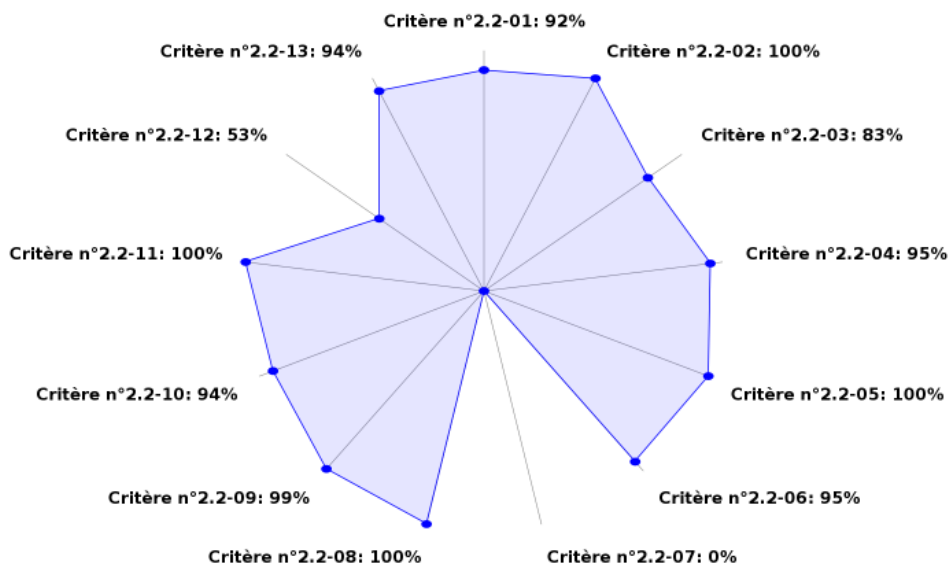


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	78%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	91%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	80%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	75%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
2.1-09	Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	75%

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	90%
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	85%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **92%**

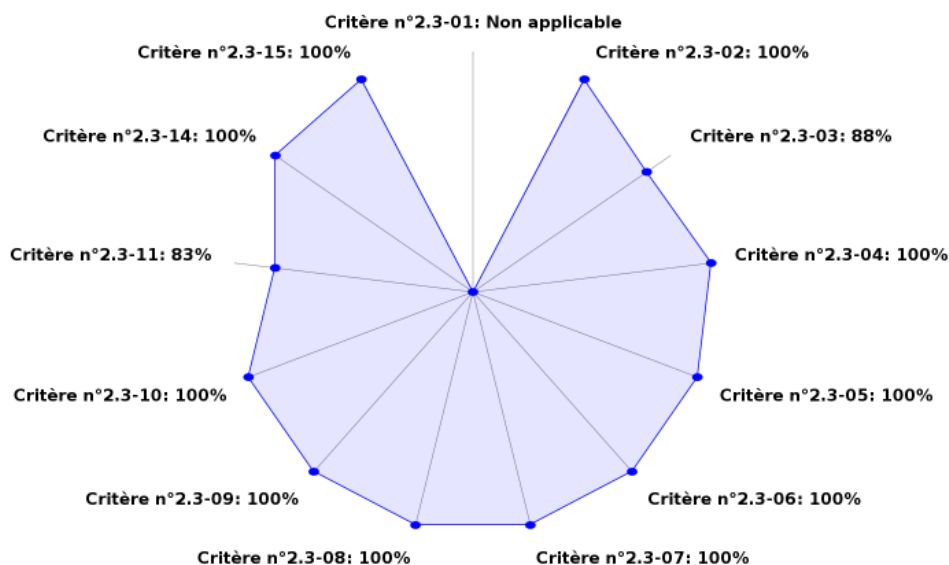


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	92%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	83%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	95%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	95%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	99%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	94%
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	53%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	94%

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 **98%**

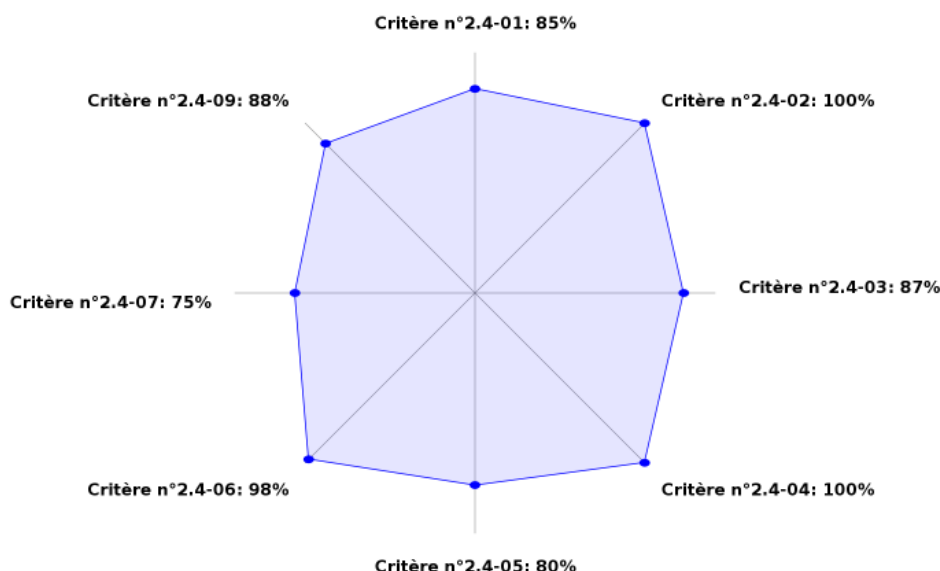


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	Non Applicable
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	88%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%

2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	83%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	100%
2.3-15	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie	100%

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

Score de l'objectif **89%**

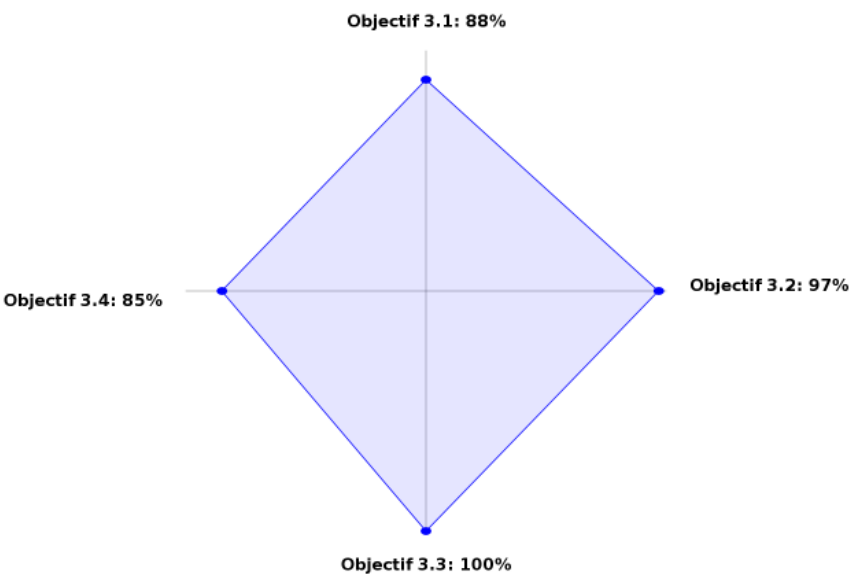


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	85%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	87%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	100%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	80%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	98%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	75%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	88%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **93%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	88%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	97%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	85%

Synthèse du chapitre 3

La démarche qualité et sécurité des soins au sein de l'établissement est articulée avec celle du GHT.

Elle est déclinée par pôles, au sein desquels est identifié un binôme médico-soignant « référent qualité », accompagné par un professionnel du service qualité assurant un appui méthodologique et organisationnel. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) constitue un outil de pilotage de la démarche d'amélioration continue de la qualité au sein de l'établissement. Il est structuré, opérationnel et connu par une majorité des professionnels rencontrés.

Le PAQSS est alimenté par les actions d'amélioration issues des Comités de Retour d'Expérience (CREX), des Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) et des audits réalisés dans les unités de soins.

L'établissement soutient activement la culture qualité et sécurité auprès des professionnels. Des enquêtes sécurité, ont été menées entre 2021 et 2023 sur l'ensemble des secteurs à l'exception du champ de la santé mentale.

Bien que peu d'événements indésirables graves soient déclarés à l'ARS, les événements indésirables, y compris les « presque accidents », font l'objet d'analyses pluridisciplinaires au sein du CREX, auquel sont conviés les personnels concernés et les représentants des usagers sur certains pôles.

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée. Le plan blanc est connu des professionnels et fait l'objet d'exercices de simulation réguliers.

Un comité éthique est en place, il se réunit deux fois par an, il est ouvert à tous les professionnels de l'établissement ainsi qu'aux représentants des usagers. Les professionnels peuvent faire remonter des questions d'ordre éthique par l'intermédiaire de leur encadrement. Toutefois, Un état des lieux des questionnements éthiques n'a pas été réalisé via un questionnaire diffusé à l'ensemble des professionnels, permettant de recenser les situations susceptibles d'être inscrites à l'ordre du jour du comité éthique.

Afin de maintenir la qualité et la sécurité des soins, la gouvernance veille à adapter les ressources humaines et matérielles à l'activité de l'établissement. Des maquettes organisationnelles sont établies et des dispositifs de remplacement sont activés en cas d'absences inopinées ou prolongées.

Un plan de formation est élaboré en cohérence avec les actions du PAQSS et le projet de soins, il est proposé à l'ensemble des professionnels lors des entretiens annuels d'activité.

L'accompagnement des nouveaux agents est structuré afin de favoriser leur intégration et de sécuriser la prise de poste.

Les entretiens réalisés avec les professionnels témoignent d'une bonne dynamique managériale

au sein des binômes médico-soignants. Les managers bénéficient de formations spécifiques et de temps d'analyse de pratiques, favorisant la cohésion et le développement des compétences managériales.

La gouvernance développe une politique active de santé et de sécurité au travail, notamment par la facilitation de la vaccination au plus près des unités de soins, ainsi que par la mise à disposition de locaux et matériels adaptés pour prévenir les risques professionnels.

La qualité de vie au travail est prise en compte : les réunions de service sont régulières, les professionnels disent participer à l'organisation du travail, à l'aménagement des locaux et aux projets structurants. Des entretiens annuels sont en place permettant un échange favorisant l'écoute du salarié et l'identification des besoins et souhaits de formation.

Le travail en équipe est effectif notamment par le biais des réunions régulières d'équipe, d'analyse collective des événements indésirables, des staffs pluriprofessionnels hebdomadaires.

L'établissement est pleinement impliqué dans la dynamique de son territoire de santé. Plusieurs filières prioritaires ont été identifiées. Dans une logique de continuité et de coordination des parcours de soins, l'établissement développe de nombreux partenariats avec les structures du territoire : CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé), EHPAD, hôpitaux et professionnels de santé libéraux. Des rencontres sont organisées avec ces acteurs afin de renforcer la collaboration interprofessionnelle et de favoriser l'orientation du patient vers le parcours le plus adapté à sa situation.

L'établissement contribue activement à l'organisation des prises en charge non programmées sur son territoire. À ce titre, en complément du Service d'Accueil des Urgences (SAU), un Centre Public de Santé propose une activité de médecine générale permettant d'apporter une réponse rapide et adaptée aux besoins de la population.

L'établissement est facilement joignable par les usagers et les professionnels de santé. Un numéro unique de prise de rendez-vous permet d'accéder aux différentes spécialités. Les échanges de données sensibles entre professionnels du territoire s'effectuent via une messagerie sécurisée, garantissant la confidentialité et la traçabilité des informations transmises. Cependant, l'usage de la messagerie sécurisée n'est complètement généralisée au sein de l'établissement.

Dans l'objectif de fluidifier le parcours de la personne âgée, l'établissement a formalisé des partenariats territoriaux visant à limiter le recours inapproprié aux services d'urgence. Il propose, à cet effet, une hotline gériatrique dédiée ainsi que des dispositifs de télésanté.

L'établissement participe à la mission d'enseignement et de recherche sur le territoire. La politique d'offre de stage est formalisée (carnet de stage du stagiaire) et régulièrement évaluée via les questionnaires de satisfaction des étudiants.

L'établissement s'engage dans une démarche de soins écoresponsables au sein d'un programme intitulé « agenda 2030 ». Un référent développement durable a été désigné ; il est connu des professionnels, qui ont été sensibilisés à cette thématique. En 2025, cinq services se

sont engagés dans la démarche (maternité, blocs opératoires, Médecine ambulatoire, médecine infectieuse, pharmacie)

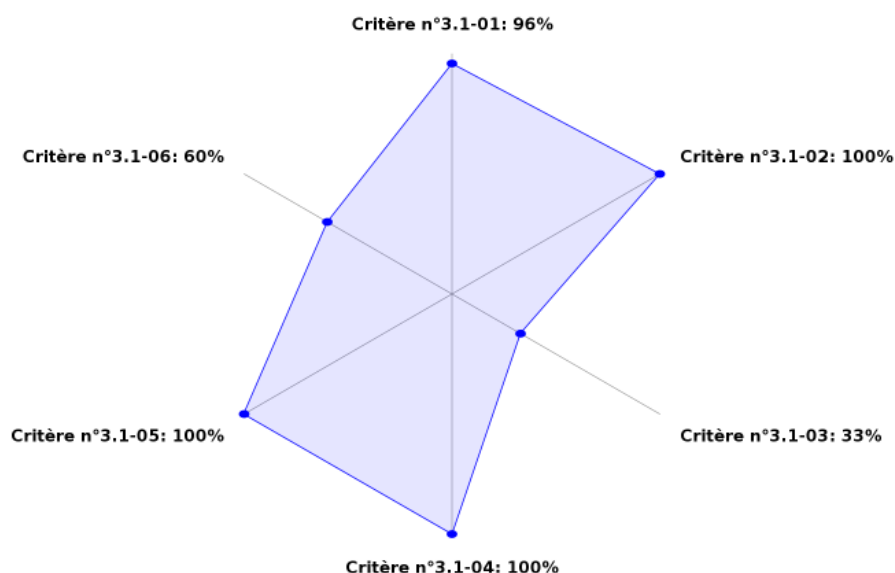
La transition écologique est amorcée, notamment à travers des actions favorisant la mobilité durable comme la plaquette de sensibilisation au covoiturage, les conventions avec les bus de la ville pour adapter les passages aux horaires des patients et professionnels.

Une filière de tri adaptée est mise en place pour chaque type de déchet (papier, cartons, déchets alimentaires, DASRI, DAOM), et le tri sélectif est effectivement réalisé dans les services de soins.

Par ailleurs, l'établissement a identifié plusieurs situations de prise en charge éligibles à la télésanté, telles que la dermatologie, l'infectieux, la personne âgée ou la téléradiologie.

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

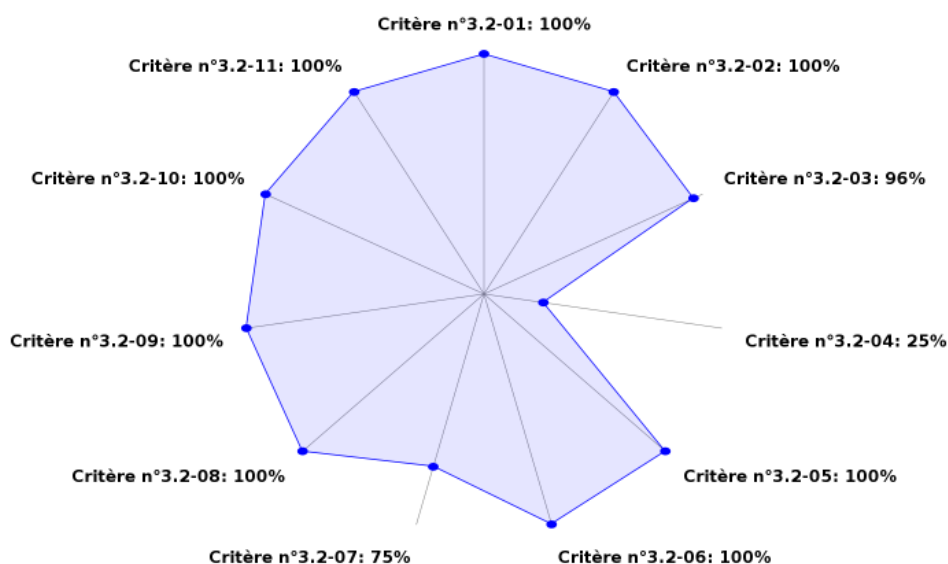
Score de l'objectif **88%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	96%
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	33%
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	60%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **97%**

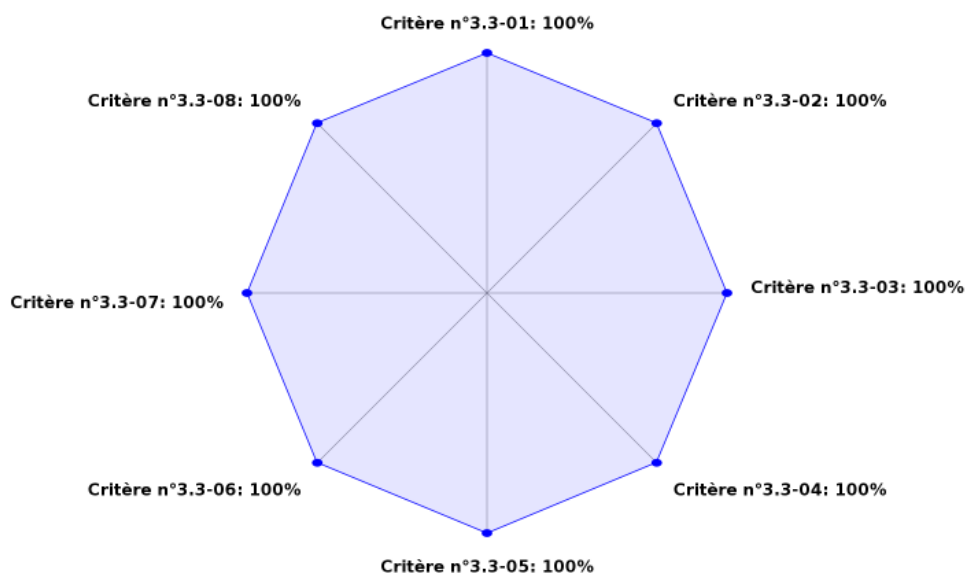


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	96%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	25%
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	75%
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

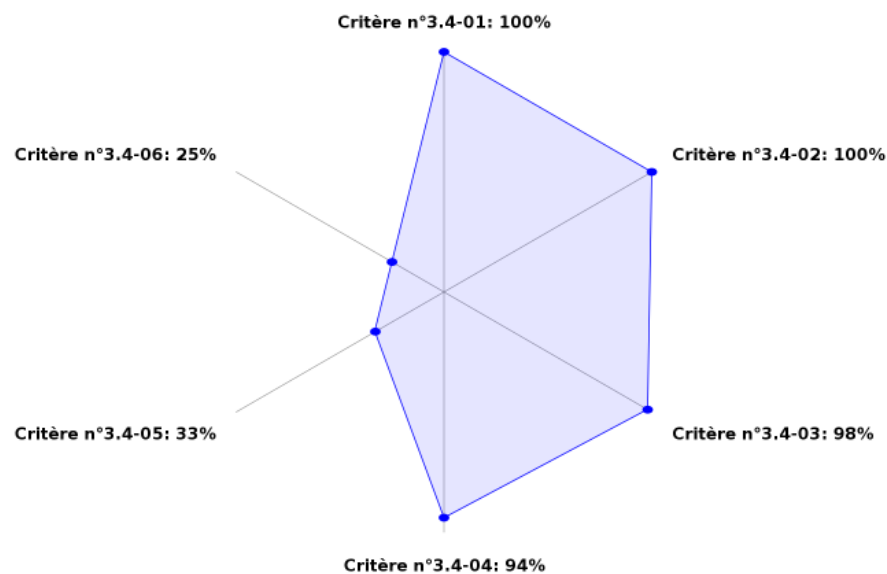
Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

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

Score de l'objectif **85%**



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	98%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	94%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	33%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	25%

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

