HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE

20 avenue du 19 mars 1962
Bp 50004
72703 Allonnes

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Qualité des soins confirmée

Établissement certifié

Validé par la HAS en Octobre 2026

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

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Octobre 2026

Sommaire

Préambule 4
Présentation 5
Les critères évalués 8
Les évaluations réalisées pendant la visite 9
La décision 10
Les résultats 11
  Les résultats des critères impératifs et avancés 12
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 18
  Objectif 1.2 : L'information du patient 19
  Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins 20
  Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement 22
Chapitre 2 : Les équipes de soins 23
  Résultats du chapitre 2 : Objectifs 23
  Synthèse du chapitre 2 24
  Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient 27
  Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques 29
  Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…) 31
  Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation 32
Chapitre 3 : L'établissement 33
  Résultats du chapitre 3 : Objectifs 33
  Synthèse du chapitre 3 34
  Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins 38
  Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences 39
  Objectif 3.3 : Le positionnement territorial 41
  Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques 42

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

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE	
Adresse	20 avenue du 19 mars 1962 Bp 50004 72703 Allonnes Cedex FRANCE
Département / Région	Sarthe / Pays de la Loire
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	720000058	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE	20 avenue du 19 mars 1962 72703 Allonnes FRANCE
Établissement géographique	720022292	EQUIPE DE PSYCHIATRIE ADULTE LE BAILLEUL	LA CHASSE DU POINT DU JOUR BP10129 72200 LE BAILLEUL FRANCE
Établissement géographique	720022284	EQUIPE DE PSYCHIATRIE MAISON D'ARRET	Rue Cesare Beccaria LES CROISETTES 72190 COULAINES FRANCE
Établissement géographique	720020452	CMP ADULTES CONLIE	38 rue du Mans 72240 CONLIE FRANCE
Établissement géographique	720020460	CMP BEAUMONT SUR SARTHE	21 avenue division leclerc 72170 BEAUMONT SUR SARTHE FRANCE
Établissement géographique	720019181	EQUIPES DE PSYCHIATRIE CH DU MANS	Site du ch du mans 194 avenue rubillard 72000 LE MANS FRANCE
Établissement géographique	720020478	CMP/CATTP LA FLECHE	12 rue du petit renard 72200 LA FLECHE FRANCE

Établissement principal	720000041	ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE MENTALE DE LA SARTHE	20 avenue du 19 mars 1962 Bp 50004 72703 Allonnes Cedex FRANCE
Établissement géographique	720016922	CMP/CATTP INFANTO JUVENILE GAZONFIER	30 rue gazonfier 72000 Le Mans FRANCE
Établissement géographique	720014620	CMP/CATTP ADULTES SAINT CALAIS	2 bis rue de la perrine 72120 Saint-Calais FRANCE
Établissement géographique	720014604	CMP/CATTP ADULTES LA FERTE BERNARD	56 avenue pierre brule 72400 La Ferte-Bernard FRANCE
Établissement géographique	720007939	CMP/CATTP SABLE SUR SARTHE	3 rue de la martinière Route du mans 72300 Sable Sur Sarthe FRANCE
Établissement géographique	720013762	SERVICE INTERSECTORIEL D'ADDICTOLOGIE	208-210 rue prematine 72017 Le Mans FRANCE
Établissement géographique	720007699	CMP INFANTO JUVENILE SILLE LE GUILLAUME	30 rue du docteur touchard 72140 Sille Le Guillaume FRANCE
Établissement géographique	720014448	CMP ADULTES FRESNAY SUR SARTHE	2 rue abbe lelievre 72130 Fresnay Sur Sarthe FRANCE
Établissement géographique	720007988	CMP/CATTP MONTVAL SUR LOIR	5 allee saint martin 72500 Montval Sur Loir FRANCE
Établissement géographique	720012251	HOPITAL JOUR CMP CATTP ADULTES PRADIER	35 rue james pradier 72100 Le Mans FRANCE
Établissement géographique	720012103	CMP/CATTP INFANTO JUVENILE WINNICOT	72 avenue oliver messiaen 72000 Le Mans FRANCE
Établissement	720012095	CMP/CATTP INFANTO JUVENILE	15 rue erpell

géographique		ERPELL	72000 Le Mans FRANCE
Établissement géographique	720007889	CENTRE DE SOINS FRANTZ FANON	22 avenue du 19 mars 1962 72700 Allonnes FRANCE
Établissement géographique	720019900	HOPITAL JOUR CATTP ADULTES LEFEUVRE	54 et 56 rue henri lefeuvre 72000 LE MANS FRANCE
Établissement géographique	720012244	CMP ADULTES OYON	4 T BD MARIE ET ALEXANDRE OYON 72100 LE MANS FRANCE
Établissement géographique	720013333	CMP INFANTO JUVENIL SAINT ANDRE	10 rue saint andre 72000 LE MANS FRANCE
Établissement géographique	720019157	CENTRE DE SOINS HELENE CHAIGNEAU	14 rue montheard 72000 LE MANS FRANCE
Établissement géographique	720014372	CENTRE DE SOINS POUR ADOLESCENTS (CSA) CHANZY	25 rue chanzy 72000 LE MANS FRANCE
Établissement géographique	720012418	CMP INFANTO JUVENILE MAMERS	9 rue dallier 72600 Mamers FRANCE
Établissement géographique	720017706	INSTITUT DEPARTEMENTAL DE THERAPIE FAMILIALE	2 rue laroche 72000 Le Mans FRANCE
Établissement géographique	720007749	CMP/CATTP ADULTES MAMERS	Route du mesle sur sarthe 72600 MAMERS FRANCE
Établissement géographique	720011808	CMP/CATTP INFANTO JUVENILE LA FERTE BERNARD	20 place saint julien 72400 LA FERTE BERNARD FRANCE

Les critères évalués

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

Secteur d'activité
Santé mentale et psychiatrie

Population
Enfants et adolescents
Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **12** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Evalué **8** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **14** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 2 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 4 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
- 2 prescription(s) d'isolement
- 3 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **14** 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 :

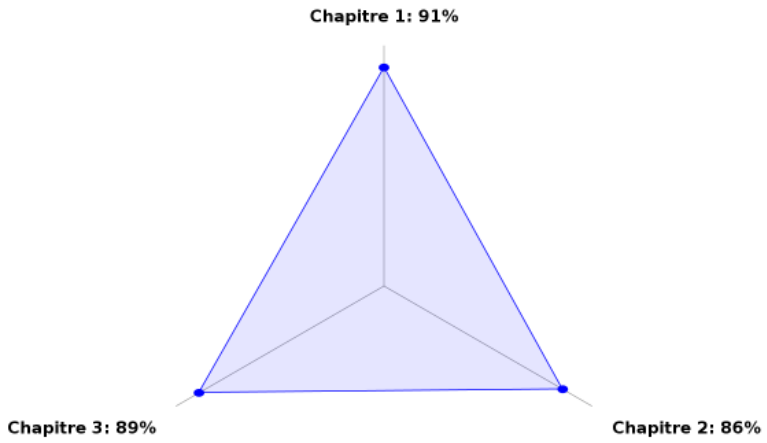
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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 maitrise 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	91%
Chapitre 2	Les équipes de soins	86%
Chapitre 3	L'établissement	89%

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.

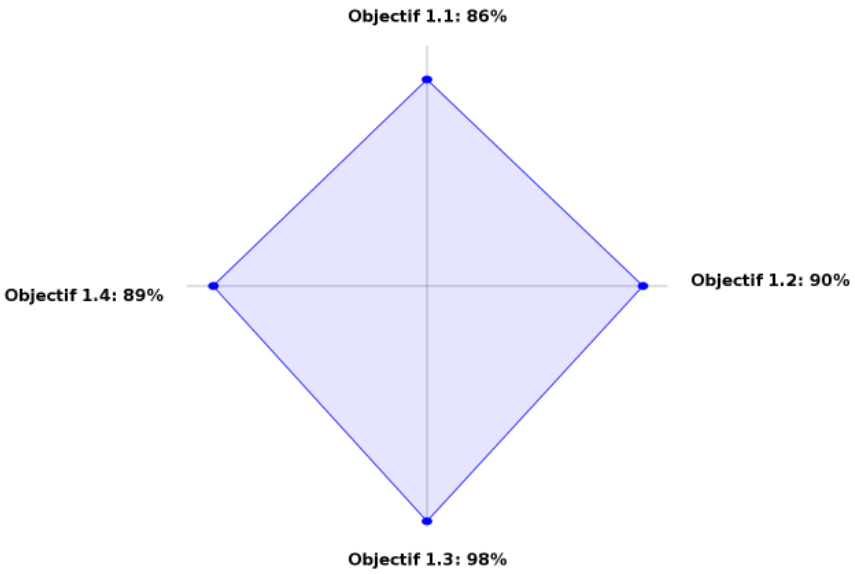
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	94%
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	96%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	96%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	90%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	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	83%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	75%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	75%

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	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **91%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	86%
1.2	L'information du patient	90%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	89%

Synthèse du chapitre 1

L'EPSM 72, situé à Allonnes, est le seul établissement du département de la Sarthe disposant d'une autorisation en psychiatrie. Il accueille des patients adultes, des personnes âgées et des mineurs, en hospitalisation à temps plein ou en ambulatoire. Cette dernière modalité repose sur un maillage d'unités réparties sur l'ensemble du département. Des équipes mobiles complètent ce dispositif.

Dans l'ensemble des unités, les prises en charge sont respectueuses des droits du patient. L'intimité et la dignité font l'objet d'une attention constante de la part des équipes. Les locaux sont propres et permettent d'assurer la sécurité des patients. Quelques structures extrahospitalières ne garantissent toutefois pas un accès complet aux personnes à mobilité réduite. Les mineurs bénéficient d'une unité spécifique d'hospitalisation. Il peut cependant arriver qu'ils soient hébergés dans une unité pour adultes. Dans ce cas, les conditions de sécurité sont renforcées selon un protocole connu des professionnels.

Les directives anticipées de fin de vie ne sont pas systématiquement abordées avec le patient, et l'information, qu'elle ait été délivrée ou non, n'est pas tracée. La prise en charge de la douleur est effective, mais sa traçabilité reste irrégulière. Plusieurs techniques alternatives non médicamenteuses sont mises en place dans certaines unités (espace d'apaisement par exemple)

La prise en charge des situations de maltraitance externe est formalisée, mais la conduite à tenir pour les lanceurs d'alerte n'est pas intégrée à la procédure. En interne, les équipes identifient les risques de maltraitance, notamment à travers une cartographie dédiée, et mettent en place des organisations adaptées pour les prévenir. Compte tenu du très faible nombre de décès dans l'établissement, celui-ci ne dispose pas de chambre mortuaire. Si nécessaire, la conduite à tenir est procédurée, y compris pour les décès avec obstacle médico-légal. L'accès au dossier patient est organisé, mais les délais réglementaires restent non conformes pour les dossiers les plus récents, malgré les actions d'amélioration engagées autour de la relecture médicale.

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement dès son entrée. Un livret d'accueil lui est remis ; il est également téléchargeable sur le site internet de l'établissement. Dans chaque unité, un affichage rappelle les droits et devoirs de chacun, ainsi que les informations pratiques relatives à la vie de l'unité. Toutefois, certaines unités ambulatoires présentent des supports d'information qui ne correspondent pas toujours au contenu attendu d'un passeport ambulatoire. Les patients se disent informés sur la personne de confiance et la personne à prévenir. En revanche, malgré plusieurs supports existants, notamment le livret d'accueil et l'affichage, la connaissance des représentants des usagers, de l'alimentation du dossier médical partagé, des modalités de plaintes et réclamations ou encore de la déclaration des évènements indésirables reste peu appropriée par les patients.

L'établissement associe le patient à son projet de soins, ainsi que son entourage lorsque le patient le souhaite. Dès l'admission, ses objectifs sont recueillis, puis repris et tracés dans le projet de soins individualisé. Les besoins du patient sont pris en compte, y compris lorsqu'il se trouve en situation de précarité ou de handicap.

Plusieurs programmes de psychoéducation participent au rétablissement du patient et à son inclusion dans le tissu social, tels que “Vivre avec des troubles bipolaires", ARSIMED, BREF ou encore

Profamille pour les aidants. Les hospitalisations peuvent être accompagnées en amont comme en aval par de nombreuses équipes mobiles, notamment l'Équipe mobile psychiatrique d'accompagnement à domicile, l'Équipe mobile psychiatrie précarité ou le Service psychiatrique de particulière intensité à domicile. L'articulation entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte est assurée par un dispositif de transition destiné aux jeunes adultes âgés de 15 à 18 ans après un premier épisode psychotique. Le DiPPE Dispositif de détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Émergents accueille quant à lui les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 30 ans après un premier épisode psychotique.

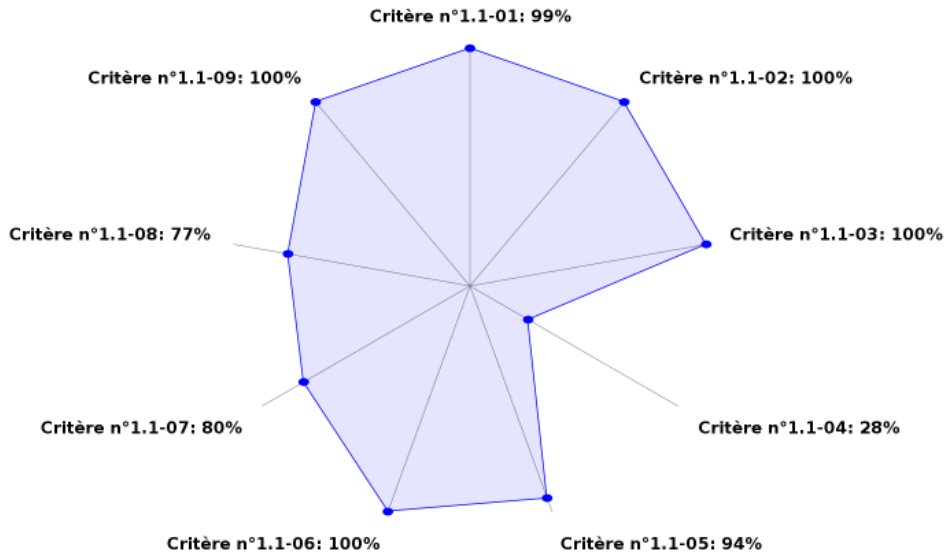
Une assistante sociale intervient afin de favoriser l'inclusion sociale, quel que soit le niveau de ressources du patient. Cette prise en charge, associée à une préparation soignante de la sortie, favorise les conditions de fin de prise en charge en hospitalisation et de continuité du parcours.

L'expression de l'expérience patient est bien structurée au niveau institutionnel. L'établissement dispose de questionnaires de satisfaction pour l'ensemble des structures, intra et extrahospitalières, et suit les retours e-Satis. Il réalise également des enquêtes spécifiques auprès des patients, notamment sur l'hygiène des mains, le déménagement d'une unité ou l'évolution des pratiques d'administration médicamenteuse. Les résultats et les verbatim sont partagés avec les équipes et alimentent les PAQSS des unités, des pôles et de l'établissement. Un patient expert en addictologie est en poste. Une politique de recrutement est par ailleurs actuellement en cours

L'implication des représentants des usagers est particulièrement forte, avec une participation aux instances, notamment au directoire et à la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Medico Technique, ainsi qu'à des actions de psychoéducation. La Commission Des Usagers est informée des évènements indésirables graves, des plaintes et des réclamations. Elle présente également la particularité d'être itinérante au sein des unités, ce qui contribue à mieux la faire connaître auprès des patients comme des professionnels.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

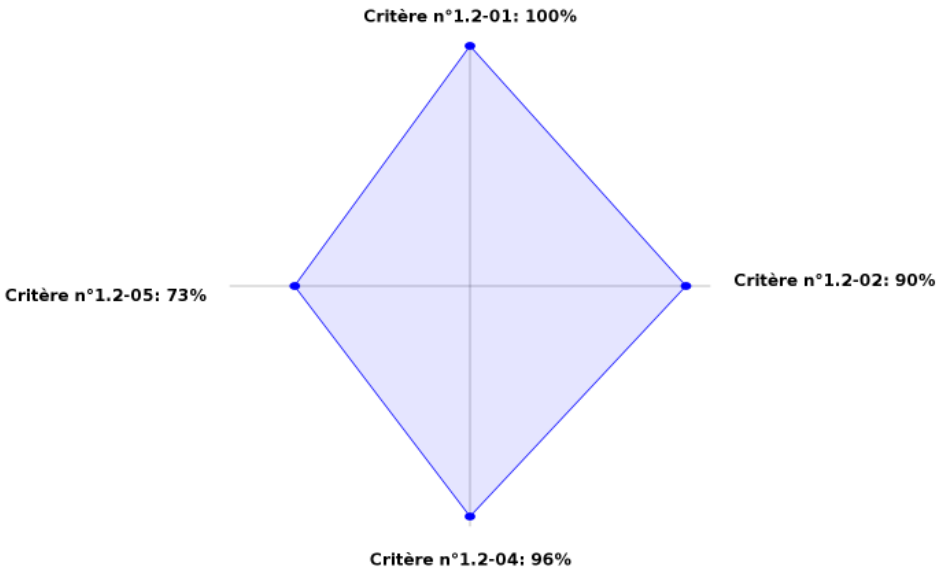
Score de l'objectif **86%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
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	28%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	94%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	77%
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

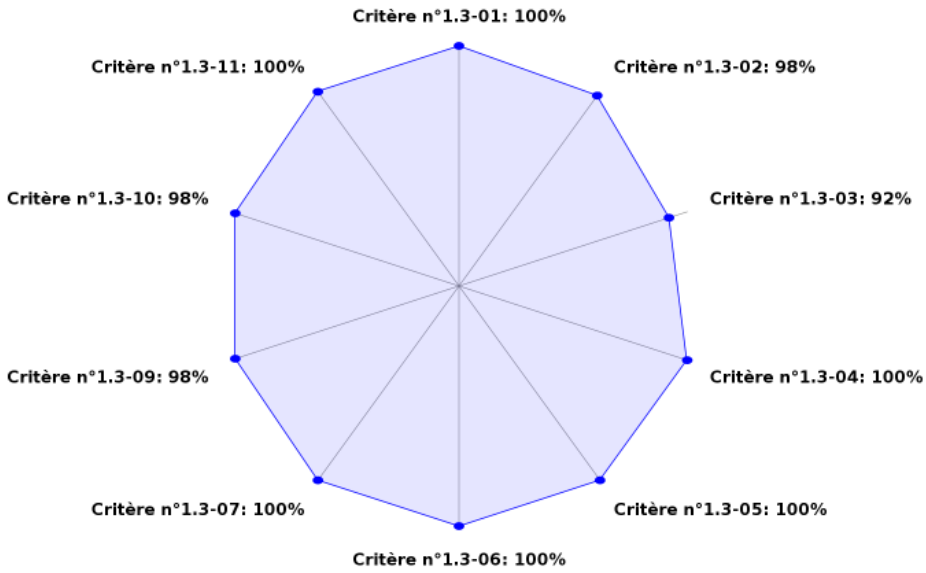
Score de l'objectif **90%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	90%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	96%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	73%

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

Score de l'objectif **98%**

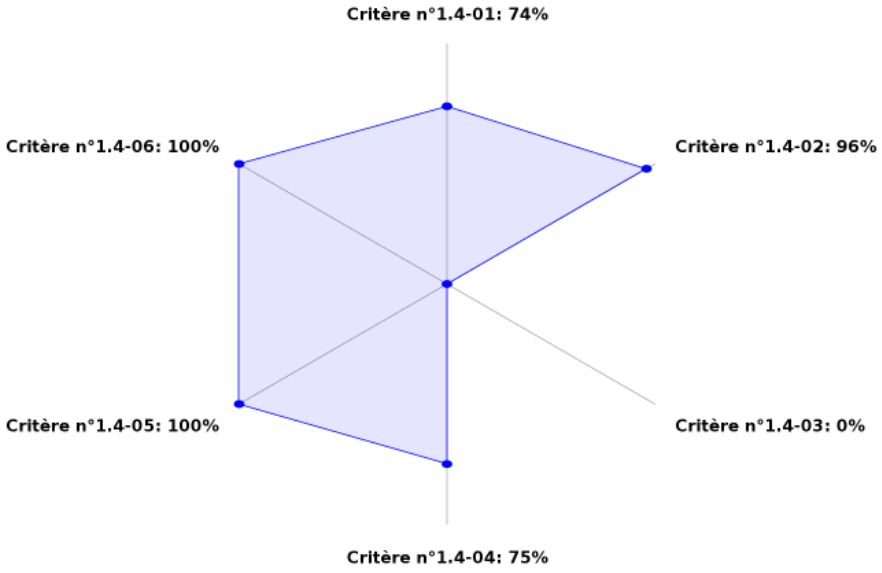


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	98%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	92%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	98%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	98%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

1.3-11	soins	100%

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

Score de l'objectif **89%**

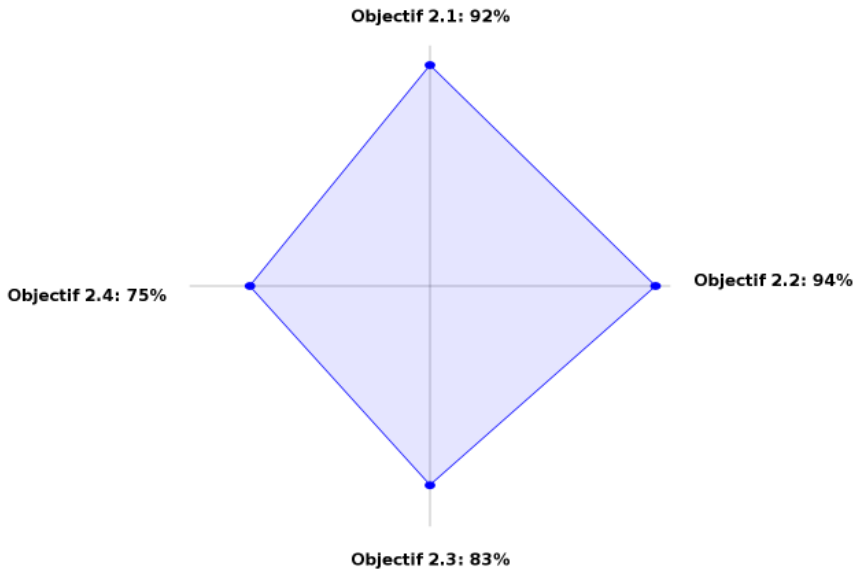


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	74%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	96%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	75%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **86%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	92%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	94%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…)	83%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	75%

Synthèse du chapitre 2

L'établissement dispose d'une organisation structurée des parcours, avec une coordination effective entre les secteurs de consultation, les soins ambulatoires, les unités d'hospitalisation et les partenaires. Le dispositif d'intervention et de réponse rapide de l'établissement (DIRRE), dispositif du Pôle de Psychiatrie d'Urgence, est positionné à proximité du service des urgences.. Il permet d'obtenir un avis rapide ou une orientation spécialisée en santé mentale. Les réunions pluriprofessionnelles contribuent à élaborer les projets de soins, auxquels participent, selon les situations, les partenaires extérieurs, les familles d'accueil et les correspondants spécialisés, notamment douleur et nutrition. Les soignants favorisent également le lien avec les médecins traitants lorsque ceux-ci sont identifiés.

Les équipes disposent d'un dossier patient informatisé permettant à l'ensemble des intervenants d'accéder simultanément aux éléments utiles à la prise en charge. La formation au dossier patient informatisé est organisée pour tout nouveau professionnel médical et soignant. Elle est organisée par une infirmière référente et le DIM. L'accès au dossier médical partagé reste réservé aux médecins, ce qui limite sa consultation par l'ensemble des acteurs impliqués dans la coordination des soins.

Des actions de psychoéducation sont proposées, ainsi que de nombreuses activités thérapeutiques. L'établissement propose également de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (r'TMS). La prise en charge intègre la dimension sociale, afin d'adapter les parcours aux situations de vulnérabilité et de soutenir l'inclusion sociale. Le risque suicidaire est anticipé et réévalué à l'aide d'une échelle partagée, intégrée dans le dossier patient informatisé. L'établissement a mis en place une équipe mobile de prévention du suicide pouvant intervenir auprès de tous les publics sur l'ensemble du département de la Sarthe. Cette équipe propose aussi un accompagnement aux personnes endeuillées par suicide. En revanche, l'inscription des patients dans le dispositif VigilanS proposée en systématique aux patients concernés et en sortie directe post-urgences reste toutefois peu proposé en sortie d'hospitalisation Le plan de prévention partagé, appelé localement plan de crise conjoint, est en cours de finalisation.

Les équipes identifient les profils de patients nécessitant une prise en charge nutritionnelle spécifique et travaillent en lien avec l'équipe de diététiciennes. Celles-ci peuvent intervenir ponctuellement dans les structures ambulatoires.

La conciliation médicamenteuse est engagée pour les patients âgés polymédiqués et pour les nouveaux patients et lors de la sortie de ceux-ci. Elle est réalisée par les préparatrices en pharmacie hospitalière. La conciliation de sortie vient d'être initiée. Les examens somatiques sont réalisés pour l'ensemble des patients par les médecins généralistes de l'établissement, et le suivi d'une éventuelle prise en charge est effectif. Toutefois, la traçabilité de cet examen dans les courriers adressés au médecin traitant n'est pas toujours retrouvée. En pédopsychiatrie, le carnet de santé de l'enfant n'est pas complété à la fin du séjour.

L'établissement dispose également d'un plateau technique de soins permettant un suivi au plus près de la prise en charge pour certaines spécialités, notamment l'odontologie.

Les bonnes pratiques d'identitovigilance sont respectées. Une cellule dédiée conduit des actions de terrain, suit les indicateurs d'identité nationale de santé, analyse les non-conformités et contribue à la

gestion des collisions ou doublons. Les équipes connaissent les règles d'identification et déclarent les anomalies lorsqu'elles sont repérées.

Le circuit du médicament est sécurisé de la prescription à l'administration. Les prescriptions sont réalisées dans le dossier patient informatisé. Les prescriptions conditionnelles peuvent être précisées ou ajustées à distance par les médecins, et les équipes disposent d'un appui pharmaceutique. La dispensation répond aux besoins des unités, y compris lors des périodes non ouvrées grâce à une dotation régulièrement mise à jour. L'administration est tracée, avec une attention portée à la confidentialité et à la réduction des interruptions de tâches. Lors de la visite, il a toutefois été constaté que l'accès aux tiroirs de stupéfiants était incomplètement sécurisé. La clé du coffre est conservée dans une boîte à clés dont le code est connu des seuls infirmiers et cadres. En revanche, la traçabilité de l'accès à cette clé n'est pas assurée et aucun inventaire n'est réalisé lors des changements d'équipe. La prévention du risque médicamenteux est portée par la pharmacie et les équipes de soins. Des actions de formation sont réalisées dans les unités, notamment sur les médicaments à risque et les erreurs médicamenteuses. Les listes de médicaments à risque sont adaptées aux prises en charge adultes et pédopsychiatriques. Les erreurs médicamenteuses font l'objet d'analyses et de retours d'expérience.

Les précautions standard d'hygiène sont connues des professionnels et les unités disposent d'indicateurs issus d'audits réguliers. L'équipe opérationnelle d'hygiène est identifiée par les professionnels et disponible pour accompagner les pratiques. Des écarts ponctuels ont toutefois été observés concernant le port de bijoux aux mains et aux poignets. La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang n'est pas totalement assimilée par les professionnels, même si des affiches de prévention et de conduite à tenir sont retrouvées dans les unités. La maîtrise du risque infectieux lié aux dispositifs invasifs repose sur des protocoles de pose, d'entretien et de réévaluation. La surveillance infectieuse est assurée par l'équipe opérationnelle d'hygiène à l'échelle de l'établissement. Elle ne permet pas encore d'isoler spécifiquement les infections liées aux dispositifs invasifs, ce qui limite la connaissance fine des résultats par les équipes concernées. Un référent en antibiothérapie est connu, des formations sont dispensées et la réévaluation des prescriptions est suivie.

Les prestations d'imagerie médicale et de laboratoire d'analyses médicales sont externalisées. Les délais d'obtention des résultats sont évalués comme satisfaisants par les équipes. Cette appréciation ne repose toutefois pas encore sur une analyse formalisée des non-conformités, ce qui limite l'identification d'éventuelles actions d'amélioration.

La prise en charge des urgences vitales repose sur une organisation évaluée dans son ensemble. Un numéro d'appel unique est en place, avec une procédure dégradée en cas de panne du réseau. Les chariots et sacs d'urgence sont disponibles, adaptés, équipés et contrôlés. Les exercices de mise en situation ont débuté dans plusieurs unités et un calendrier est en place pour leur déploiement. L'actualisation des formations aux gestes d'urgence est prévue au plan de formation, mais les tensions d'effectifs ne permettent pas encore de résorber le retard accumulé depuis la crise sanitaire.

Les pratiques d'isolement et de contention sont encadrées par les règles de prescription, de surveillance et de traçabilité. L'établissement a engagé une politique « zéro isolement, zéro contention », associée à des actions visant à renforcer les alternatives, comme les médiations thérapeutiques, l'activité physique adaptée, les espaces d'apaisement ou l'accompagnement occupationnel. Le débriefing post-isolement est engagé. Les unités disposent d'informations issues du rapport annuel,

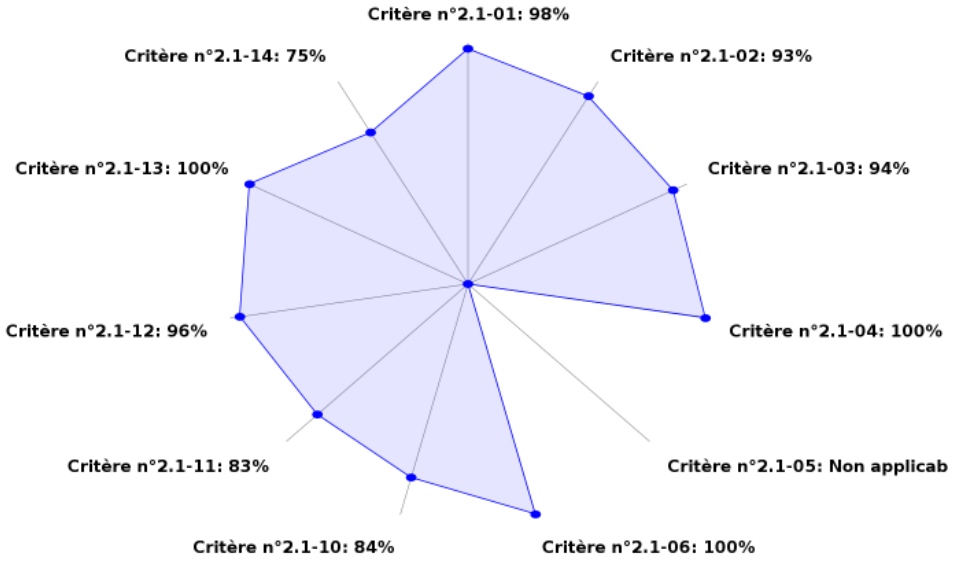
mais elles ne disposent pas d'une lisibilité suffisante sur leurs propres durées de mesures, ce qui limite leur capacité à apprécier leur progression au regard de l'objectif institutionnel. Le respect des libertés individuelles fait l'objet d'une attention particulière de la part des équipes. Les experts ont pu constater, par exemple, l'ouverture des portes d'une unité accueillant des personnes âgées parfois désorientées, qui peuvent accéder librement au parc dans un cadre sécurisé.

Les protocoles de soins intègrent les recommandations de bonnes pratiques et sont disponibles dans la gestion documentaire. Les équipes adaptent leurs pratiques à partir de ces recommandations et conduisent des démarches d'évaluation de la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Outre les indicateurs qualité et sécurité des soins, chaque équipe évalue régulièrement ses pratiques et dispose ainsi de ses propres indicateurs, générant des actions d'amélioration dans un PAQSS d'unité, sous la responsabilité du cadre de proximité.

La réflexion sur les soins écoresponsables est engagée à travers plusieurs initiatives concrètes, telles que l'écoconduite ou la réutilisation de ressources externes, comme l'utilisation de fleurs invendables issues de magasins dans le cadre d'ateliers thérapeutiques floraux. Cette dynamique encore peu connue des équipes traduit une sensibilisation progressive des équipes, le recrutement d'un ingénieur - Responsable Sociétale des Organisation et Développement durable. Son impact n'est pas encore mesuré, ce qui limite la valorisation de la démarche

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

Score de l'objectif **92%**

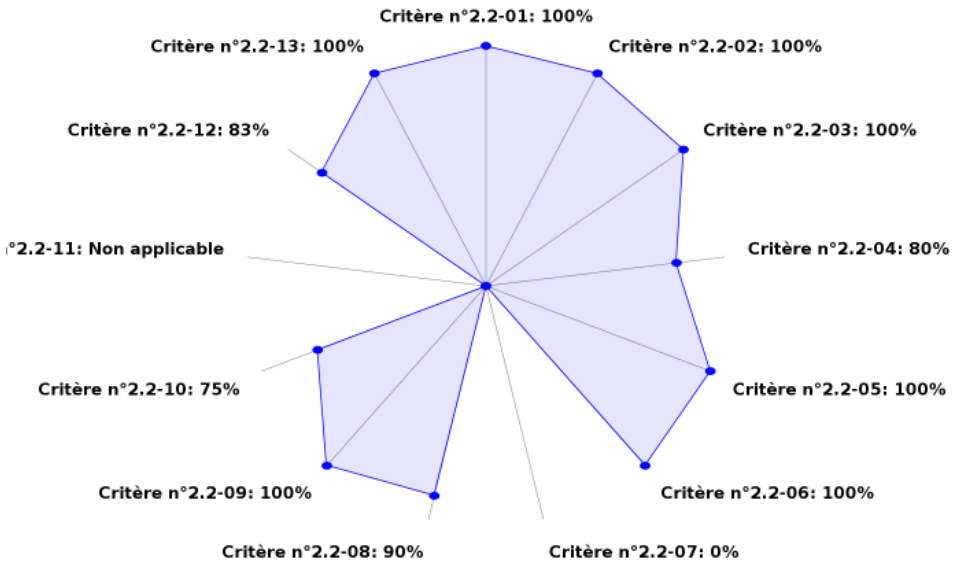


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	98%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	93%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	94%
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	Non Applicable
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	84%
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	83%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	96%

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	75%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **94%**

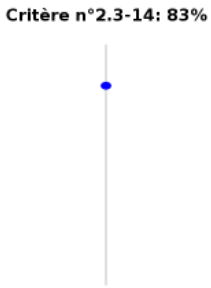


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	80%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	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	90%
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	75%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	83%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…)

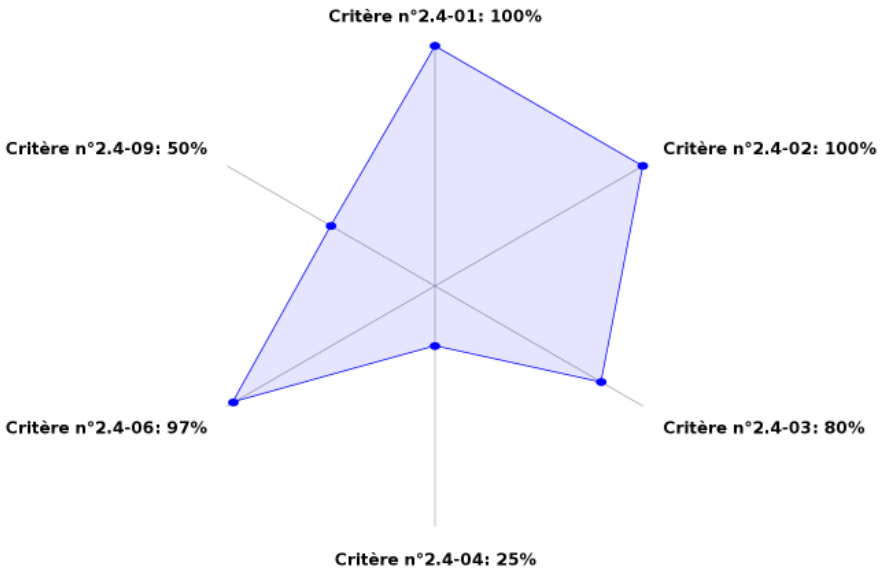
Score de l'objectif **83%**



Critères		
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	83%

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

Score de l'objectif **75%**

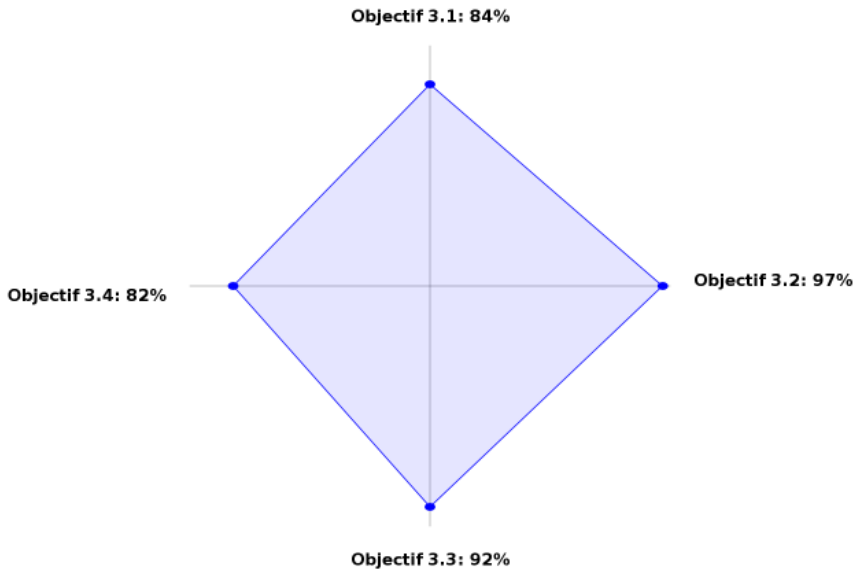


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	80%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	25%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	97%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	50%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **89%**



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	97%
3.3	Le positionnement territorial	92%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	82%

Synthèse du chapitre 3

La gouvernance promeut et soutient une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, suivie et connue de l'encadrement comme des professionnels. Elle s'appuie sur des axes prioritaires identifiés, intégrant notamment l'isolement-contention et le risque suicidaire. Elle est déclinée dans un PAQSS et prend en compte les recommandations externes, notamment celles du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et de la Haute Autorité de santé, les indicateurs nationaux et locaux, les risques propres à l'établissement ainsi que les actions d'amélioration issues de chaque unité et de chaque pôle. Une évaluation de la culture qualité et de la culture juste a été conduite. Les professionnels participent à des démarches dédiées, telles que les patients traceurs, les retours d'expérience ou les actions qualité organisées au sein des unités.

L'établissement présente une véritable culture déclarative. Les évènements sont pris en compte par l'encadrement de proximité, puis analysés à un niveau institutionnel, notamment dans le cadre d'une organisation dédiée, l'observatoire des évènements indésirables, associant la gouvernance médicale, administrative et soignante. Les facteurs contributifs sont recherchés, les plans d'action sont suivis et les professionnels sont associés aux analyses. La marge de progression concerne la formation des professionnels à l'annonce d'un dommage lié aux soins. Cette notion est connue, mais reste principalement dévolue aux médecins, qui ne sont pas toujours formés à cette pratique. Les analyses des évènements indésirables graves associés aux soins s'appuient sur la méthode ALARM. Les professionnels connaissent les circuits de déclaration, tant pour les évènements indésirables que pour les évènements indésirables graves associés aux soins.

La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est organisée. Les risques pouvant conduire à une situation de crise, notamment les risques numériques et ceux relevant des plans ORSAN, sont identifiés. Les plans de réponse sont élaborés et les modalités d'alerte sont connues des professionnels. Les exercices, entraînements ou activations réelles donnent lieu à des retours d'expérience. L'établissement a notamment testé en situation réelle, en amont de la visite, son organisation de crise et sa capacité à mettre en œuvre des mesures d'adaptation de l'offre de soins, avec l'ouverture d'une unité temporaire.

Un état des lieux des questionnements éthiques issus du terrain a été réalisé et l'architecture d'un nouveau comité éthique est en cours de reconstruction. Des réunions préparatoires, associant notamment des personnalités extérieures et des représentants des usagers, ont permis de poser les bases de cette nouvelle organisation. Des liens sont également établis avec une instance de réflexion éthique externe. Les professionnels ont bénéficié d'un accompagnement à la réflexion éthique assuré par deux cadres de santé titulaires d'un Master 2 en éthique. Cet accompagnement a porté sur l'identification, la formulation et la formalisation d'un questionnement éthique. Toutefois, cette appropriation apparaît encore hétérogène.

Les tensions importantes sur les effectifs médicaux et, dans une moindre mesure, sur les effectifs non médicaux, constituent un élément de contexte important pour l'établissement. Elles nécessitent un dialogue et une régulation entre la direction des affaires médicales, la direction des soins, les ressources humaines et l'encadrement. Des solutions graduées sont mobilisées en cas d'absentéisme imprévu, depuis l'entraide intrapolaire jusqu'au recours à des renforts temporaires. Les professionnels

disposent d'informations utiles à leur prise de poste, bénéficient d'une journée d'accueil et peuvent être accompagnés par des professionnels expérimentés. Les internes, les praticiens à diplôme hors Union européenne, les étudiants et les intérimaires font l'objet d'un accompagnement adapté afin de sécuriser leur intégration dans les équipes.

L'établissement vérifie l'adéquation entre les compétences des professionnels et les missions confiées. Le recrutement non médical repose sur une organisation structurée, associant un entretien préalable et l'encadrement de pôle. Le plan de développement des compétences est connu de l'encadrement et intègre des actions cohérentes avec les priorités du PAQSS. Les responsables d'équipe sont accompagnés dans leurs missions. Le projet managérial institutionnel prévoit des temps de formation, des ateliers de pratiques managériales, du coaching et des séminaires. Les cadres disposent de ressources pour soutenir l'entretien professionnel, accompagner les équipes et prévenir les situations complexes. Les dispositifs relatifs à la prévention des discriminations, du harcèlement et des violences sexistes et sexuelles sont identifiés, avec des référents, une procédure et une adresse dédiée. Le document unique est actualisé et les actions de prévention des risques professionnels sont intégrées dans les démarches d'amélioration. Le service de santé au travail accompagne les professionnels, notamment dans les campagnes vaccinales, y compris auprès des structures ambulatoires.

L'établissement a pleinement investi la formation par simulation, avec un centre dédié animé par des professionnels internes spécifiquement formés. Cette modalité pédagogique, en lien avec la gestion des risques et l'amélioration des pratiques, témoigne de la dynamique de l'établissement et de son orientation vers des techniques de formation modernes, fondées sur des apprentissages au plus près des situations réelles rencontrées par les professionnels. L'ouverture du centre aux partenaires extérieurs, qui en occupent une part importante de l'activité, contribue en outre à renforcer l'attractivité de l'établissement.

La qualité de vie au travail s'appuie sur une politique formalisée, nourrie par le projet social, le suivi d'indicateurs et l'actualisation du document unique d'évaluation des risques professionnels. Elle est également soutenue par la politique « zéro isolement, zéro contention » et par la diversification des compétences au sein des équipes, notamment avec des professionnels en activité physique adaptée, en ergothérapie, en psychomotricité et avec l'intégration d'infirmiers en pratique avancée. Les professionnels sont associés aux réflexions sur l'organisation du travail, les projets immobiliers et la réhabilitation des locaux, notamment dans le cadre du projet CAPA, destiné à regrouper l'activité ambulatoire urbaine dans un bâtiment unique. Des dispositifs favorisent la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, comme le télétravail, encadré par une charte. Des espaces d'expression de proximité permettent d'échanger sur le travail réel, d'identifier les difficultés et de proposer des ajustements. La prévention et la gestion des conflits sont organisées, avec la possibilité de mobiliser l'encadrement, le service de santé au travail, les référents internes ou un soutien psychologique. La gouvernance soutient le travail en équipe, mais les démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe restent à engager.

L'établissement est fortement ancré dans son territoire. Il a identifié les filières rattachées aux parcours des patients, suit leur activité et participe aux rencontres avec les partenaires sanitaires, sociaux, médico-sociaux et associatifs. Les liens avec les CPTS, les CLSM et les acteurs du projet territorial de santé mentale sont établis. Cette place territoriale est renforcée par son rôle d'acteur public de référence en santé mentale sur le département. Différents projets stratégiques en cours démontrent une

dynamique tournée vers le développement territorial : consolider et harmoniser l'offre de soins extrahospitalière, structurer et animer la filière addictologie, et construire le réseau de psychotraumatisme de la Sarthe. En outre, l'établissement est centre expert en périnatalité pour l'hémi-région Ouest.

La prévention des transferts évitables des personnes âgées repose sur des coopérations effectives avec les partenaires externes. Les transferts sont évités chaque fois que la situation le permet, notamment grâce à la présence de professionnels de l'établissement auprès des urgences et à une organisation adaptée. L'équipe mobile de gérontopsychiatrie intervient sur l'ensemble du département, en structures médico-sociales ou à domicile, auprès des personnes âgées. Elle contribue également à la mise en œuvre d'actions préventives. Le recours à la télémédecine pour faciliter certains avis spécialisés reste cependant peu développé.

L'établissement est aisément joignable par les usagers comme par les partenaires. Le site internet, les convocations, le livret d'accueil et les numéros téléphoniques permettent d'identifier les modalités de contact. Un dispositif d'orientation téléphonique tenu par des professionnels infirmiers contribue à orienter les familles et les partenaires. La messagerie sécurisée de santé facilite également les échanges entre professionnels.

La gouvernance promeut la recherche clinique et l'universitarisation, qui constituent des enjeux du projet d'établissement. Plusieurs pistes sont explorées ou en cours de réalisation pour développer la recherche, notamment l'augmentation du nombre d'infirmiers en pratique avancée formés à la recherche paramédicale et le rapprochement avec l'équipe de recherche clinique du Centre hospitalier du Mans. Les professionnels engagés dans des travaux de recherche sont identifiés et soutenus. Un comité de pilotage de l'universitarisation vise à développer les terrains de stage, à intégrer les praticiens à diplôme hors Union européenne dans une offre de formation cohérente et à renforcer la recherche médicale comme paramédicale. Quelques productions scientifiques ou communications témoignent de cette dynamique. La valorisation de cette dynamique reste à structurer dans une politique formalisée.

L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur le territoire. Il construit une politique de formation en lien avec les besoins territoriaux et formalise son offre de stage. La satisfaction des étudiants est recueillie, mais les plans d'action ne sont pas intégrés au PAQSS.

Les observations font état de locaux propres, avec un suivi des contrôles de sécurité, un plan de maintenance et une politique de rénovation des bâtiments. Les besoins exprimés par les professionnels sont pris en compte dans la gestion des équipements. Les projets immobiliers, notamment le regroupement d'activités ambulatoires dans un bâtiment dédié, s'inscrivent dans une réflexion plus large sur l'amélioration de l'accessibilité, de la lisibilité des parcours et de la qualité de vie au travail.

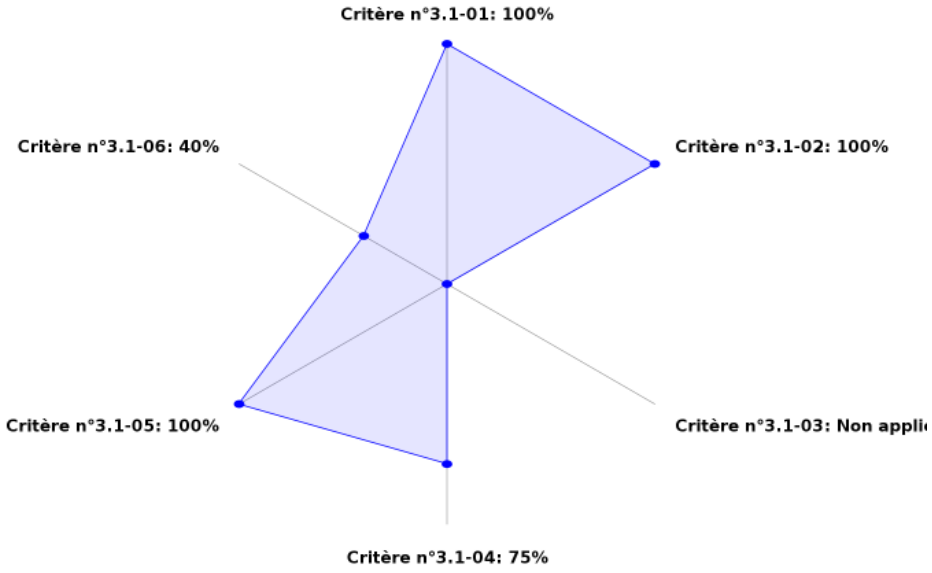
L'établissement est engagé dans une stratégie de développement durable, avec un pilotage identifié et des actions concrètes, en partie issues de son bilan carbone. Celles-ci portent notamment sur la rénovation des bâtiments, la réduction de l'impact environnemental des transports et la valorisation du parc et des espaces extérieurs, qui contribuent à une atmosphère apaisée et s'inscrivent dans une logique durable. Le développement durable est également présent dans plusieurs projets et réalisations en lien avec les soins. Les éco-soins y apparaissent parfois de manière périphérique, parfois de façon plus intégrée. L'écoconduite en constitue un exemple significatif, en articulant réduction des émissions de CO?, organisation des soins au plus près des patients et prise en compte des nombreux

déplacements liés à l'activité extrahospitalière.

La télésanté est identifiée comme un axe de développement, mais son déploiement existe principalement dans l'unité de consultation pénitentiaire. Une expérimentation avec un EHPAD n'a pas été poursuivie. Les situations éligibles, les outils, les modalités d'organisation, l'évaluation de l'activité et la formation des professionnels impliqués ne sont pas encore structurés à l'échelle institutionnelle. L'établissement exprime toutefois une volonté de développer cette activité afin de faciliter les liens avec les partenaires du territoire et de réduire les déplacements.

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

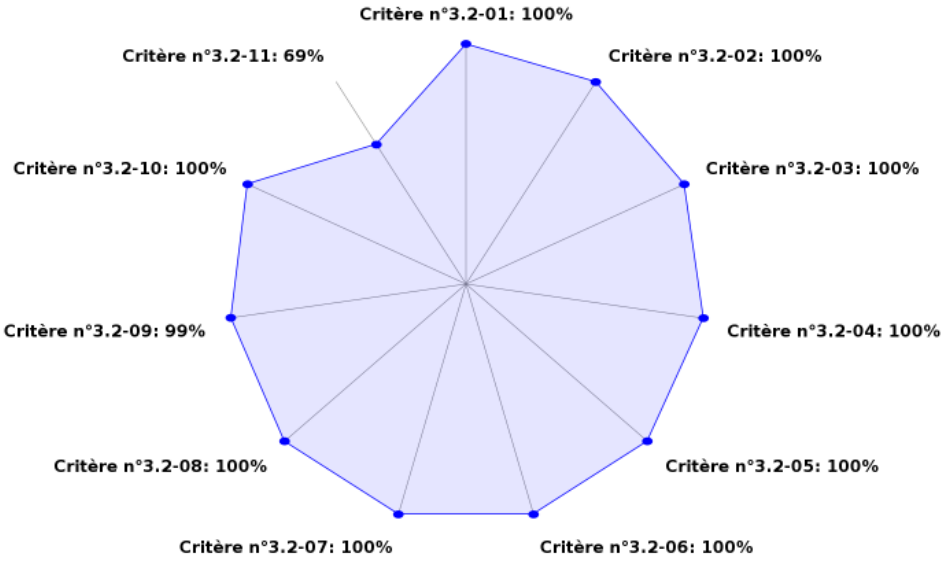
Score de l'objectif **84%**



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 évènements indésirables dont les presqu'accidents	75%
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	40%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **97%**

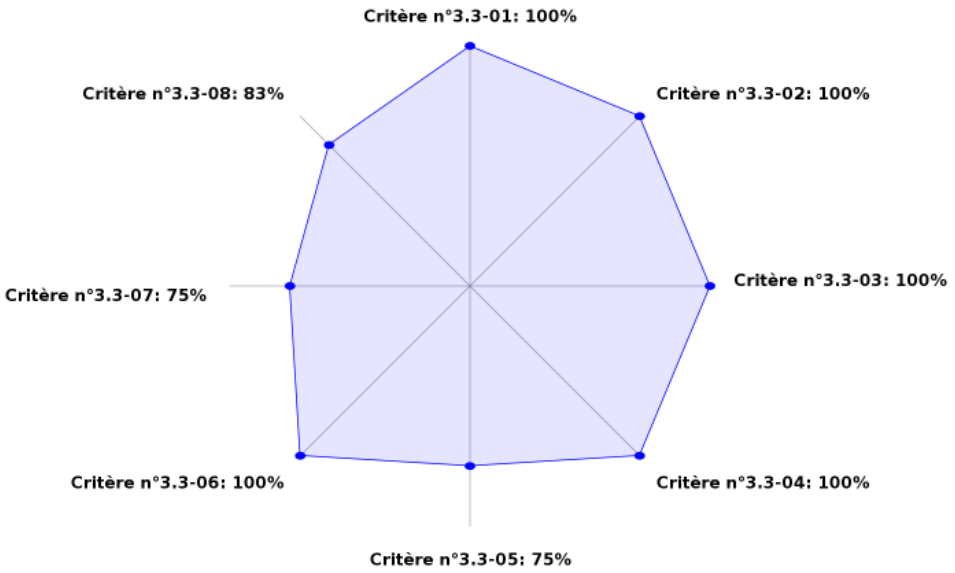


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
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	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	99%
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	69%

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

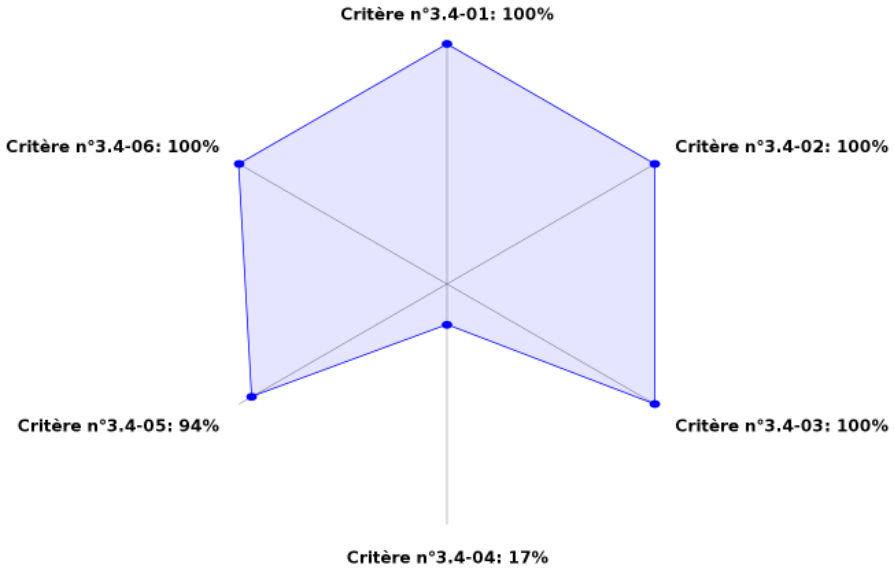
Score de l'objectif **92%**



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	75%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	75%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	83%

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

Score de l'objectif **82%**



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	17%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	94%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Octobre 2026