



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE

10 avenue general de gaulle
03006 Moulins



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 2026

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	14
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	14
Synthèse du chapitre 1	15
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	19
Objectif 1.2 : L'information du patient	20
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	21
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	22
Chapitre 2 : Les équipes de soins	23
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	23
Synthèse du chapitre 2	24
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	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...)	32
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	34
Chapitre 3 : L'établissement	35
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	35
Synthèse du chapitre 3	36
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	39
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	40
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	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

CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE	
Adresse	10 avenue general de gaulle 03006 Moulins FRANCE
Département / Région	Allier / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	030780092	CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE	10 avenue general de gaulle 03006 Moulins FRANCE
Établissement géographique	030008197	CATTP ADULTES MOULINS	15 RUE DENIS PAPIN 03000 MOULINS FRANCE
Établissement géographique	030008205	CATTP ENFANTS YZEURE	ROUTE DE GENNETINES 03400 YZEURE FRANCE
Établissement géographique	030008189	CMP ENFANTS POURCAIN SUR SIOULE	29 RUE PIERRE ET MARIE CURIE 03290 SAINT POURCAIN SUR BESBRE FRANCE
Établissement géographique	030008171	CMP ENFANTS DOMPIERRE SUR BESBRE	4 ROUTE DE VICHY 03290 DOMPIERRE SUR BESBRE FRANCE
Établissement géographique	030008163	CMP ENFANTS YZEURE	61 RUE DE LA REPUBLIQUE 03400 YZEURE FRANCE
Établissement géographique	030008155	CMP ADULTES SAINT POURCAIN SUR SIOULE	32 RUE CHAMP FEUILLET 03500 SAINT POURCAIN SUR SIOULE FRANCE
Établissement géographique	030008148	CMP ADULTES BOURBON L'ARCHAMBAULT	1 BOULEVARD MOUILLIERES 03160 BOURBON L ARCHAMBAULT FRANCE
Établissement géographique	030008130	CMP ADULTES LE DONJON	7 PARC LE PLESSIS 03130 LE DONJON FRANCE
Établissement géographique	030008122	030008122 - CMP ADULTES DOMPIERRE SUR BESBRE	107 RUE JEAN DE LINGENDES 03290 DOMPIERRE SUR BESBRE FRANCE

Établissement géographique	030008114	CMP ADULTES MOULINS	48 RUE DES TANNERIES 03000 MOULINS FRANCE
Établissement principal	030000061	CENTRE HOSPITALIER MOULINS-YZEURE-SITE DE MOULINS	10 avenue general de gaulle 03006 Moulins FRANCE
Établissement géographique	030785190	CENTRE DE SOINS DE LONGUE DUREE SITE DE MOULINS	10 avenue general de gaulle 03006 Moulins FRANCE
Établissement géographique	030780589	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE YZEURE	Route de gennetines Bp 23 03401 Yzeure FRANCE
Établissement géographique	030007876	HOPITAL DE JOUR ADOLESCENTS VILLA	18 rue ampere 03400 YZEURE FRANCE
Établissement géographique	030007868	HOPITAL DE JOUR CLAUDE BERNARD	7 rue claudes bernard 03400 YZEURE FRANCE
Établissement géographique	030007850	CENTRE DE POST-CURE	41 avenue d'orvilliers 03000 MOULINS FRANCE
Établissement géographique	030007843	HOPITAL DE JOUR DENIS PAPIN	15 rue denis papin 03000 MOULINS FRANCE
Établissement géographique	030007835	MAISON COMMUNAUTAIRE	22 rue delorme 03000 MOULINS 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
 Maternité
 SAMU-SMUR
 Santé mentale et psychiatrie
 Soins critiques
 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 **17** 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
- 6 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 5 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 1 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 2 prescription(s) d'isolement
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



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

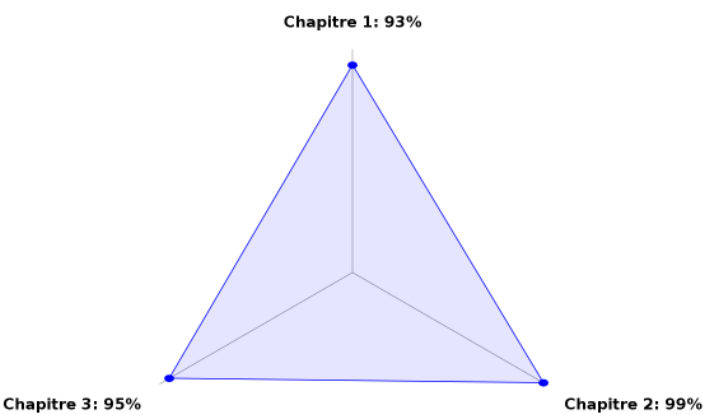
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

Les résultats

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

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



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	93%
Chapitre 2	Les équipes de soins	99%
Chapitre 3	L'établissement	95%

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.

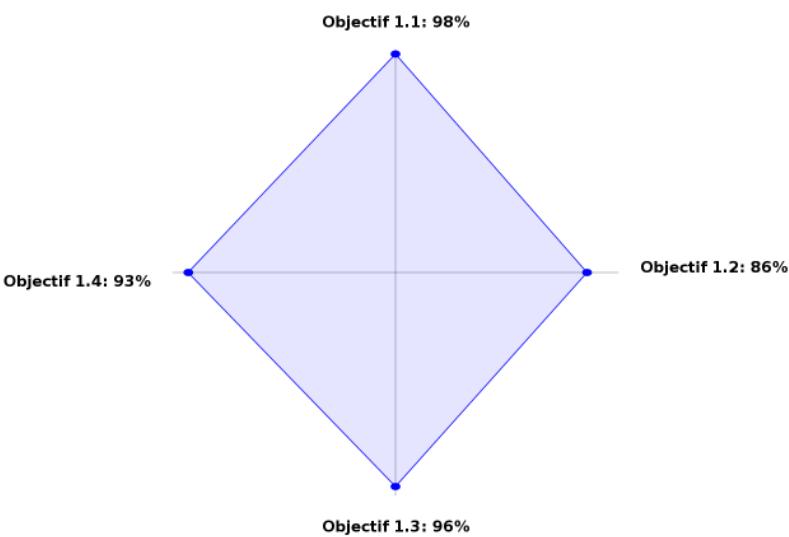
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	97%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	97%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	99%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	95%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	94%
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	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
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	38%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	67%
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 **93%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	98%
1.2	L'information du patient	86%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	96%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	93%

Synthèse du chapitre 1

Le respect des droits du patients

Le centre hospitalier (CH) de Moulins- Yzeure est un établissement sis sur deux sites proches, dont un dédié à la psychiatrie. Les conditions d'accueil des patients reposent sur des pratiques de professionnels respectueuses des droits des patients et tout particulièrement de leur dignité et intimité. Toutefois le bâti de l'établissement est ancien, pour une partie importante des services de médecine, chirurgie et psychiatrie. L'établissement porte un projet de reconstruction et réhabilitation sur ses deux sites qui a pour objectif principal la modernisation de l'offre hospitalière et son "humanisation". C'est-à-dire proposer aux patients des locaux avec des chambres ayant chacune une douche, ainsi qu'une augmentation du nombre de chambres individuelles. En 2024, un premier programme de restructuration ciblé a déjà amélioré les conditions d'accueil et d'hébergement des patients : ainsi, les services suivants, la pneumologie, l'oncologie, les soins palliatifs, et une unité de court séjour gériatrique ont bénéficié de cette modernisation et proposent des locaux qui correspondent aux attendus des patients en termes de confort aujourd'hui. Sur le site de Moulins, le projet de reconstruction des urgences comprenant les locaux de la régulation et du Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) en est à sa phase finale. Il est prévu que le service actuel des urgences emménage à l'automne 2026 dans ses nouveaux locaux. Il libérera ainsi une surface suffisamment conséquente pour accueillir le service de médecine interne qui propose actuellement deux douches pour une vingtaine de patients majoritairement âgés et souffrant de pathologies chroniques et infections résistantes. En effet, les chambres du Service d'Accueil des Urgences (SAU) sont dotées chacune de cabinet de toilette avec douches. Ce premier mouvement/déplacement de service libérera les locaux occupés actuellement par la médecine interne qui seront alors réaménagés et accueilleront l'Unité Post Urgences, qui elle aussi, n'a actuellement que deux douches pour vingt patients (calendrier prévu fin 2027). D'autres services alors bénéficieront de ces transferts de services et réhabilitations prévus : la chirurgie viscérale, avec trois douches pour une vingtaine de lits et la pédiatrie qui n'a que deux chambres avec douches sur 15 chambres du service , les 13 autres n'ayant pas de toilettes dans la chambre. Sur le site d'Yzeure, un projet PSYSALIDE dont le schéma directeur immobilier est validé, prévoit deux opérations de travaux importantes : la réfection complète de toute l'infrastructure technique du site (l'ensemble des réseaux) et une seconde, la reconstruction à neuf de la psychiatrie adulte nécessitant la "déconstruction" d'anciens bâtiments. Ce projet permettra d'avoir l'ensemble des chambres d'isolement qui correspondent aux attendus réglementaires. Actuellement, seules celles du bâtiment le plus récent correspondent aux attendus, pas celles du secteur le plus ancien, dont les portes donnent directement dans le couloir sans sas intermédiaire. Le projet PSYSALIDE assurera entre autres à l'ensemble des secteurs d'hospitalisation complète adulte des chambres individuelles avec sanitaires intégrés, des espaces dédiés à la désescalade et à l'apaisement, ainsi qu'un salon des familles. Malgré l'état des locaux, les patients rencontrés témoignent du respect des professionnels et de leurs pratiques quant à leur dignité et intimité, entre autres en psychiatrie. En gériatrie, les patients âgés hospitalisés indiquent leur choix de laisser la porte de leur chambre ouverte ou non, c'est systématiquement recherché, écrit et tracé dans le dossier de manière à respecter de cette demande et affiché sur la porte. Les personnes handicapées, quel que soit leur handicap, sont prises en charge.

L'environnement des mineurs est particulièrement adapté dans les secteurs de pédiatrie et pédopsychiatrie avec des locaux décorés, accueillants où la présence des parents est favorisée avec des salons des familles ; en néonatalogie, en dehors des box/chambres du bébé, deux chambres permettent à la maman de rester vers son enfant quand l'état du bébé le rend possible. De nombreuses activités sont proposées aux enfants en pédiatrie, et la présence de la fratrie est favorisée (lieu d'accueil spécifique). Les enfants hospitalisés peuvent bénéficier d'un soutien scolaire quand le temps d'hospitalisation le rend nécessaire. En pédopsychiatrie sur le site d'Yzeure, l'hospitalisation complète des adolescents et l'hôpital de jour sont des services bien entretenus, relativement récents pour une partie d'entre eux, et bien pensés par les équipes. Au SAU, les enfants attendent

dans une salle d'attente dédiée.

Concernant les directives anticipées, l'établissement a initié une démarche structurée d'information des patients par l'engagement d'un groupe de travail pluriprofessionnel avec des documents adaptés (flyers, affichage...) et la possibilité d'être accompagné par un professionnel de l'établissement si un patient le souhaite. Toutefois, certains patients interrogés relaient le fait qu'ils n'ont pas eu cette information. Ce groupe comportait des représentants de la Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS), de la clinique du territoire ainsi que d'autres représentants de divers centres hospitaliers du département. Les accès au dossier des patients sont contrôlés régulièrement. Les professionnels sont formés à son utilisation, au respect de la confidentialité des informations et des droits d'accès. Tout accès illicite volontaire entraîne des actions disciplinaires et les professionnels en sont informés.

La prise en charge de la douleur est structurée avec de nombreux protocoles : par exemple en chirurgie ambulatoire, mis en place avec une infirmière dédiée et un pharmacien. En orthopédie, des protocoles avec évaluation de la douleur et adaptation des thérapeutiques permettent une prise en charge de la douleur rapide et efficace. Dans un service et une seule fois, une réévaluation de la douleur après administration a été faite oralement mais non retrouvée tracée dans le dossier. Les professionnels proposent des modes de prise en charge non médicamenteuse de la douleur : par exemple la possibilité d'utiliser des appareils d'électrostimulation pour les douleurs neuropathiques ; en oncologie, les professionnels sont formés aux massages de niveau 1 et 2 alliant chaud/froid qu'ils proposent aux patients, une Infirmière Diplômée d'Etat (IDE) de l'équipe d'accompagnement en soins palliatifs est présente tous les matins pour conseiller sur ces modes de prise en charge. Il est aussi proposé de la musicothérapie comme en néonatalogie. En pédiatrie, on trouve de la réflexothérapie, de l'hypnose réalisée par des sages-femmes formées et l'intervention des clowns (tous les 2 mois).

Les pratiques professionnelles sont bienveillantes. Les besoins élémentaires des patients sont connus et pris en compte par les professionnels qui adaptent leurs réponses aux souhaits des patients (décalage de l'heure de douche à la demande du patient, petits déjeuners à la carte en maternité, service à l'assiette en oncologie... Les professionnels déclinent leur identité et fonction quand ils se présentent aux patients ; toutefois dans un seul service, un patient interrogé a témoigné du contraire et des rappels ont aussitôt été effectués auprès de l'équipe. Aux urgences et à la maternité, des professionnels sont formés au repérage des violences faites aux femmes et un questionnaire à ce sujet fait partie systématiquement du bilan d'entrée. En pédiatrie et pédo-psychiatrie, une attention particulière est portée aux signaux même faibles d'un risque de maltraitance externe. Des signalements sont faits auprès du juge des enfants quand ces signaux sont avérés. Des protocoles de lutte contre la maltraitance existent et sont connus des professionnels.

Les patients accèdent à leur dossier quand ils le sollicitent, les délais sont suivis et présentés en Commission Des Usagers (CDU).

La prise en charge du décès des patients est bien organisée et respectueuse de la réglementation, des souhaits effectués par le patient quand ils sont portés à la connaissance de l'équipe soignante et des proches. Des salons de présentation permettent aux familles et proches d'accompagner leur défunt de manière bienveillante et respectueuse. Pour ce qui concerne la prise en charge du décès des nouveaux nés et des enfants, tout est bien structuré et l'accompagnement des familles est réalisé sur un temps long. Les médecins traitants reçoivent une dernière lettre de liaison annonçant le décès du patient.

L'information du patient

Les patients sont informés tout au long de leur prise en charge. Dès son accueil, les informations nécessaires à leur parcours de soins leur sont données que ce soit lors de consultations, en ambulatoire ou en hospitalisation complète. Un livret d'accueil générique à l'établissement existe, il est remis au patient mais aussi disponible sur

internet ou accessible par QR code. De nombreux autres livrets spécialisés sont à disposition des patients et/ ou parents en pédiatrie : par exemple, pour les patents détenus, en néonatalogie, en pédiatrie, ainsi qu'en Hospitalisation A Domicile (HAD)...De nombreux affichages et flyers permettent l'accès aux informations. Elles sont données par l'établissement sur le fait que les documents médicaux sont déversés dans le Dossier Médical Partagé (DMP) et que le patient peut si opposer grâce à de flyers et des affichages. Toutefois certains patients interrogés témoignent que cette information ne leur ait pas parvenue même si effectivement, elle est accessible. De la même manière, les représentants d'usagers (RU) sont présentés avec un affichage comprenant un trombinoscope, ainsi que la liste des associations d'usagers présentes. Toutefois, certains patients relayent le fait que ces informations ne leur ont pas été données ; c'est aussi le cas concernant la possibilité pour les patients de déclarer des Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) malgré les affichages et flyers. Pour ce qui est des dispositifs médicaux implantables, les patients après accord, sont informés des complications éventuelles et des précautions à prendre. Une carte d'implant leur est remise Dans le cadre de la préparation de leur sortie, l'ensemble des éléments nécessaires leur sont donnés avec en premier une lettre de liaison ou un courrier de sortie très complet avec l'ensemble des informations nécessaires à leur suivi. Des conseils et un accompagnement social et psychologique sont proposés au patient et sa famille si nécessaire.

L'engagement du patient dans son projet de soins.

Le consentement des patients est recherché ainsi que leur association à leur projet de soins. En SMR, ce projet est revu de manière hebdomadaire. En HAD, il est coconstruit avec les proches du patient avec l'accord de ce dernier, et en USLD revu de manière mensuelle. En psychiatrie, dans le cadre de l'Accueil Familial Thérapeutique, le projet de soins est élaboré avec le patient en lien avec la famille d'accueil et l'ensemble des professionnels de santé qui prennent en charge le patient qu'ils soient hospitaliers ou non. À tous moments, le patient doit pouvoir être pris en charge en hospitalisation complète quelle qu'en soit la cause (maladie, famille ou autre), aussi le projet de soins doit être construit et mis à jour régulièrement. En psychiatrie, l'ensemble des éléments constitutifs de la prise en charge et de son suivi se retrouvent dans le dossier patient, ainsi que les objectifs du projet de soins. Toutefois, pour trois patients, les différents éléments consistant un projet de soins ont bien été retrouvés dans le dossier avec des objectifs, mais pas dans un document spécifique synthétique et dédié, l'équipe que ce soit en pédopsychiatrie et psychiatrie adulte travaille à un modèle de projet de soins avec un formulaire dédié commun à l'ensemble des secteurs.

Concernant la désignation de la personne de confiance, les patients sont amenés à renseigner un formulaire spécifique, on retrouve toujours ce formulaire renseigné dans le dossier patient mais pas forcément co-signé par la personne de confiance désignée. Les patients interrogés ne relayent pas toujours le fait qu'ils aient été amenés à désigner une personne de confiance et son rôle.

Un programme important d'éducation thérapeutique est déployé auprès des patients. Pour les patients vivant avec un handicap, le maintien de l'autonomie est une priorité de l'établissement et une équipe dédiée a été mise en place, son rôle est d'intervenir auprès de certains patients pour lesquels une demande a été faite, afin de mener des actions de maintien (exercice à la marche, ...). Dès son entrée au sein de l'établissement, un bilan social est réalisé si nécessaire, et un accompagnement proposé. En santé mentale, l'accompagnement social est travaillé avec l'ensemble des acteurs du social et médicosocial du territoire, et une assistante sociale de l'établissement suit et accompagne le patient pour trouver et stabiliser la situation sociale des patients. La réhabilitation psycho sociale est un objectif prioritaire. Des messages de santé publique sont présents et affichés au sein de l'établissement et donnés aux patients de manière adaptée à leur pathologie.

En Hospitalisation A Domicile (HAD), les proches et le patient peuvent bénéficier d'un soutien psychologique, et d'une réponse à leur demande par un médecin ou une Infirmière Diplômée d'Etat 24 H/24.

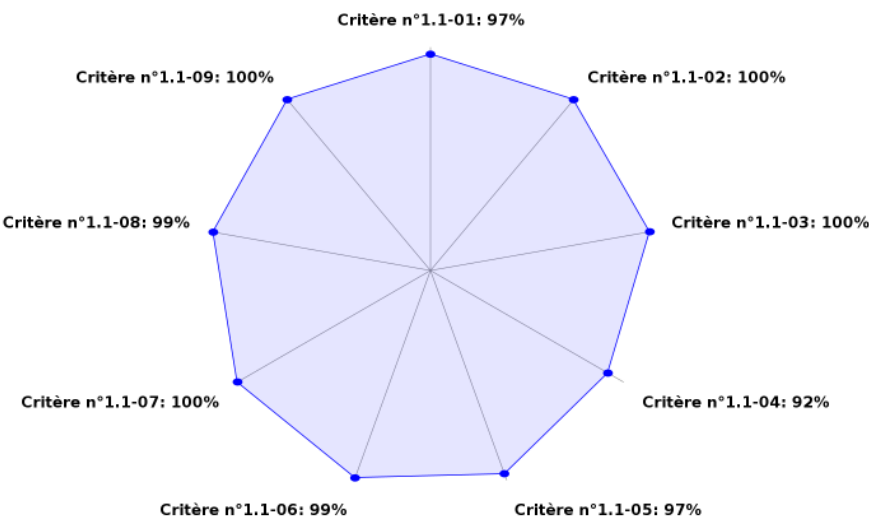
En Unité de Soins Longue Durée (USLD) le patient bénéficie de nombreuses activités avec des professionnels formés et des animateurs dédiés ; le maintien social est un objectif institutionnel.

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

Les patients peuvent renseigner différents questionnaires de satisfaction, dont les résultats sont présentés en instances, dont la CDU, et aux équipes. Des questionnaires PROMS sont déployés dans quelques services et pour quelques parcours (diabétologie, cardiologie) ... Des associations interviennent au sein de l'établissement, et des patients partenaires sont présents et impliqués dans plusieurs domaines, notamment en addictologie et dans le champ du handicap, ainsi que dans la co-construction de projets thérapeutiques avec les patients, notamment en santé mentale. Par ailleurs, des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) sont déployés avec une forte implication des patients partenaires, notamment pour la fibromyalgie, la diabétologie et la cardiologie. Les représentants d'usagers sont très engagés au sein de l'établissement, ils participent à différents projets dont ceux ayant trait au schéma immobilier de l'établissement, mais aussi à certaines commissions, comme celles relatives à la restauration en USLD. Des affichages et documents spécifiques (flyers) sont donnés aux patients concernant la déclaration des Evénements Indésirables Associés aux Soins, et la possibilité pour eux de solliciter un médiateur, toutefois malgré l'information présente, certains patients ne connaissent pas ces dispositifs.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

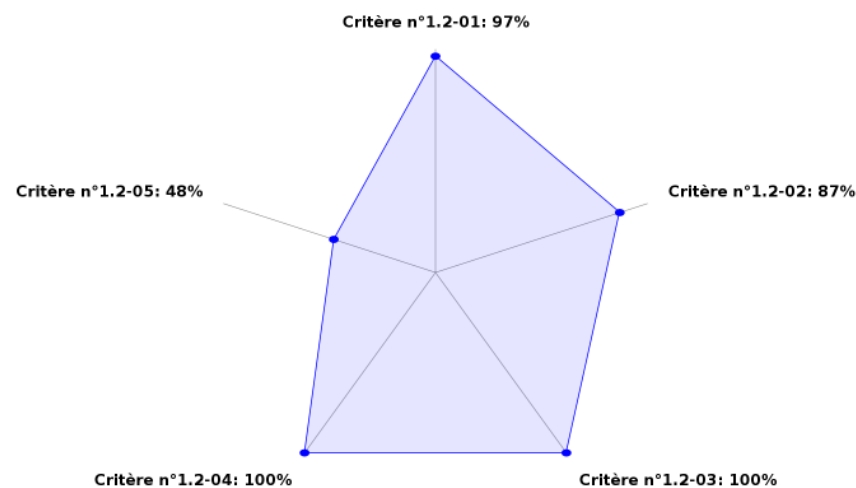
Score de l'objectif **98%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	97%
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	92%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	97%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	99%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	99%
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

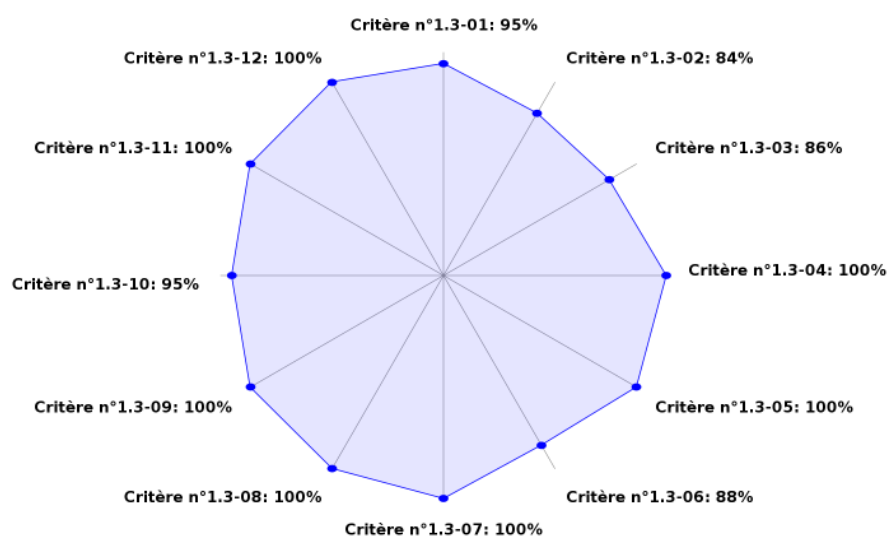
Score de l'objectif **86%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	97%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	87%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	48%

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

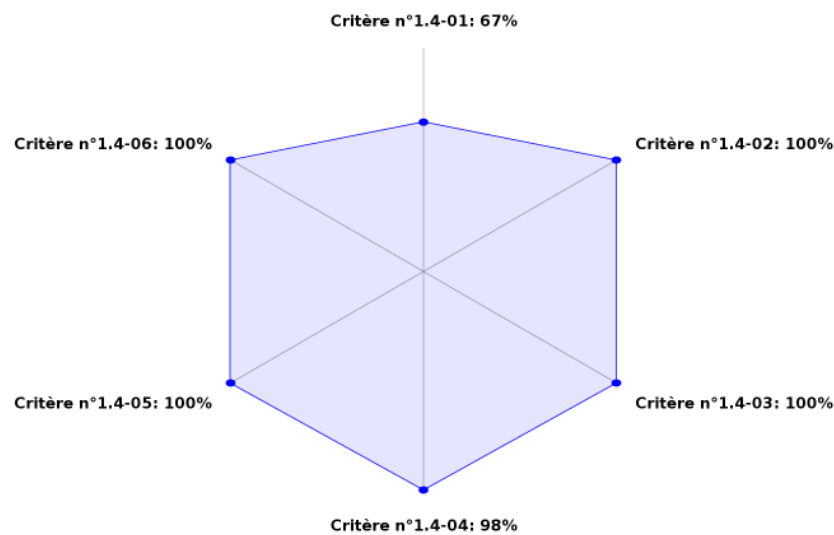
Score de l'objectif **96%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	95%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	84%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	86%
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	88%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-09	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	95%
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%

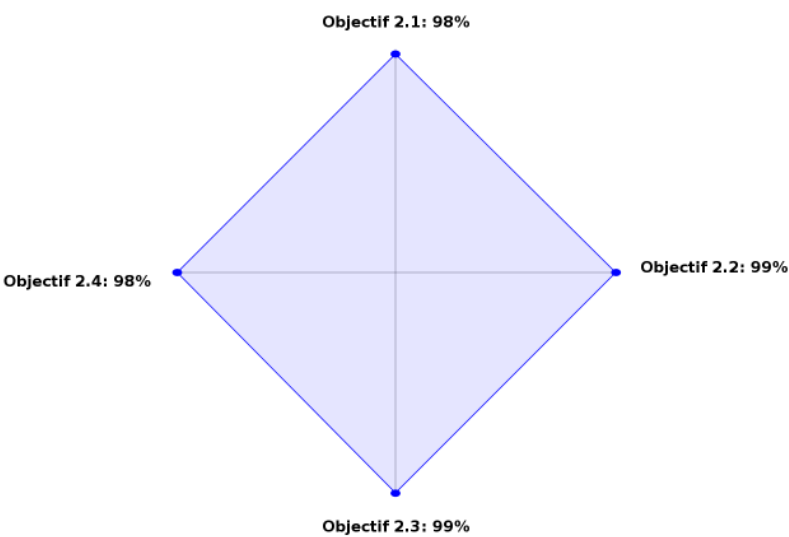


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	67%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
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 **99%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	98%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	99%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	99%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	98%

Synthèse du chapitre 2

La coordination des équipes pour la prise en charge du patient.

Le système d'information hospitalier, et les différentiels logiciels utilisés dont le principal est le dossier patient informatisé dont le déploiement est en cours de finalisation, permet la traçabilité des actes réalisés en temps réel par l'ensemble des professionnels, même si, comme en psychiatrie, on trouve encore une partie du dossier papier. Le lien entre les informations numérisées et papier est effectif et tous les documents papier sont datés et comportent l'identification du patient. Les comptes rendus médicaux hors établissement sont scannés dans le dossier, ainsi que d'autres documents papier signés par le patient (exemple personne de confiance) Les comptes rendus de consultation de l'établissement comme les résultats de biologie sont accessibles dans le dossier.

Les équipes se coordonnent et participent à de nombreuses réunions de synthèse pluridisciplinaire ou staffs qui assurent un suivi de la prise en charge. Les projets de soins comportent une dimension éducative avec des actions d'éducation thérapeutique nombreuses et une prise en charge diététique rapidement mise place dans l'ensemble des services afin de lutter contre les troubles nutritionnels car le repérage est systématisé et une équipe de diététiciens intervient sur demande auprès des patients... Cet ensemble est facilité car l'Unité Transversale d'Education Thérapeutique (ETEP) qui est portée par l'établissement.

De nombreuses équipes mobiles participent à des staffs, peuvent donner des avis et vont au domicile du patient pour certaines si nécessaire : l'équipe d'accueil et d'orientation en pédopsychiatrie peut proposer des consultations en urgences dans les 48H si cela s'avère nécessaire. Il existe aussi une équipe mobile de pédiatrie qui traite des situations les plus préoccupantes, une équipe mobile de précarité en psychiatrie (adulte). Concernant le maintien de l'autonomie des patients les plus âgés et fragiles, une équipe mobile composée de professionnels de rééducation au sens large du terme se déplace au lit du patient après prescription pour mobiliser un patient, par exemple le faire marcher. La conciliation médicamenteuse repose aussi sur une équipe composée entre autres d'un Infirmier Diplômé d'Etat et un pharmacien. Elle s'effectue pour des patients correspondant à des populations cibles : celle d'oncologie, les patients de plus de 75 ans, en chirurgie non programmée pour l'orthopédie, et en post-urgences. Une démarche palliative structurée est en place au sein de l'établissement avec une équipe mobile qui intervient dans les services et accompagne les équipes. En dehors de cette équipe, des professionnels sont formés aux soins palliatifs dans certains services comme en gériatrie. Pour la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA), les équipes recherchent les directives anticipées du patient par tout moyen, notamment dans Mon espace santé. En l'absence de directive anticipée, l'expression de la volonté du patient est recherchée ou la personne de confiance est sollicitée pour témoigner de la volonté exprimée par le patient. Pour anticiper toute obstination déraisonnable, les actions thérapeutiques et le mode de prise en charge font l'objet d'une analyse systématique en équipe avant le décès prévisible. La prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient et analysée avec l'équipe d'HAD, qui se rend aussi dans les maisons de retraite et accompagne les équipes dans la prise en charge de pansements complexes ou dans le cadre de fin de vie. L'HAD assure la coordination des soins avec les professionnels libéraux qui prennent aussi en charge le patient. Un soutien psychologique peut être apporté aux proches que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation traditionnelle ou à domicile. En maternité, un projet de naissance est élaboré par les futurs parents dès le premier contact avec les équipes, quel que soit le stade de la grossesse. Les équipes sont particulièrement attentives au repérage des fragilités et coordonnent leur action avec les services de Protection Maternelle Infantile (PMI). Des staffs de périnatalité, médico- psycho- sociaux sont réalisés de manière mensuelle avec entre autres les services sociaux du département, la PMI et structurent un accompagnement des familles et enfants. Les équipes de différents secteurs interventionnels ont défini leur fonctionnement dans une charte, qui suit l'activité opératoire des blocs (bloc commun pédiatrique et adulte) et de l'endoscopie (salle jouxtant le bloc avec utilisation de la Salle de Surveillance Poste Interventionnelle adaptée

aux âges des patients et aux types de chirurgie). Le lien avec les services de soins est construit et assure la continuité de la prise en charge. La check-list est évaluée et des actions d'amélioration sont menées. En psychiatrie, l'accès aux soins est organisé que ce soit en pédo psychiatrie ou psychiatrie adulte. En Centre Médico-Psychologique (CMP) et Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) des plages de consultation d'urgence permettent dans la semaine d'avoir une consultation auprès d'une IDE et/ou d'un psychologue. Si la situation est jugée très urgente, une rencontre avec un pédopsychiatre ou un psychiatre est organisée. Les taux d'hospitalisation sans consentement quelle que soit la modalité choisie, sont suivis, d'autant que le Centre Hospitalier (CH) de Moulins-Yzeure accueille les patients du secteur de Montluçon qui a perdu cette autorisation, et que cela a doublé cette patientèle. Cela correspond à 197 patients en 2024, 231 en 2025, pour 87 patients concernés par des mesures d'isolement en 2024 et 85 en 2025. L'établissement a une file active de patient détenus importante avec des séjours multiples, ce qui augmente certaines chiffres. Une équipe mobile de liaison fait le lien entre les services du centre hospitalier de Moulins et ceux de psychiatrie, ainsi qu'avec les professionnels de santé de ville. La prise en charge du risque suicidaire est effective et bien protocolée. En hospitalisation, ce risque est évalué et réévalué avec des outils référencés et connus des professionnels. Le repérage de ce risque est effectif en ambulatoire. Toutefois, dans un seul dossier, il a été noté que l'équipe n'a pas permis l'inclusion du patient dans le dispositif VigilanS.

L'examen somatique des patients ayant des troubles psychiques est réalisé aux urgences quand ils passent par ce service, sinon un médecin somaticien assure le suivi en hospitalisation. Pour ce qui concerne la pédopsychiatrie, les pédiatres assurent ce premier bilan après passage par les urgences, ils peuvent suivre le patient lors de consultations spécialisées en coordination avec le médecin traitant. Les pédopsychiatres sont particulièrement attentifs à cette continuité de prise en charge par le médecin généraliste.

La lettre de liaison est particulièrement bien construite, comprenant tous les éléments nécessaires au suivi des patients et assure le lien entre les différents professionnels de santé hospitaliers et hors hôpital. Elle correspond tout à fait aux attendus réglementaires.

La maîtrise des risques liés aux pratiques.

Une cellule d'identitovigilance est en place, elle assure le suivi des signalements qui lui sont remontés. Les règles d'identitovigilance sont connues des professionnels. Elles sont inscrites dans un charte. Tous les éléments du dossier patient sont identifiables au nom du patient. Le circuit du médicament est structuré avec des pratiques qui vont de l'approvisionnement en passant par la prescription, la dispensation et l'administration du médicament correspondant aux règles de bonnes pratiques. Des listes de médicaments à risque sont disponibles dans les services, adaptées aux spécialités et à l'âge des patients. Les professionnels sont formés aux erreurs médicamenteuses qui sont déclarées via le système de déclaration en place. Des sessions régulières de formation en interne sont réalisées régulièrement 2 à 3 fois l'an par une équipe composée d'un cadre, d'un pharmacien et du Responsable du Système de Management de la Qualité de la prise en charge Médicamenteuse (RSMQ). Les Fiches d'Événements Indésirables (FEI) ayant trait au médicament sont analysées lors de revues des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux (REMEDI).

Le circuit des préparations en atmosphère contrôlée est réalisé par des professionnels formés selon les bonnes pratiques de contrôle de ce circuit : de la prescription à l'administration. Concernant l'hygiène hospitalière, son suivi est assuré par une équipe qui est active et investie. Elle participe à l'intégration des nouveaux professionnels via des parcours d'accueil incluant les thématiques d'hygiène, et assure également des actions de formation en interne. Une organisation est en place avec des correspondants en hygiène, et l'objectif d'un référent par service. Des journées dédiées aux correspondants en hygiène sont organisées, favorisant la diffusion des bonnes pratiques.

Les précautions standard et complémentaires sont formalisées, affichées et mises en œuvre. Les équipes s'adaptent aux contraintes liées à la vétusté des locaux, qui peuvent rendre certaines organisations plus

complexes. Des protocoles sont disponibles et appliqués. La surveillance du risque infectieux est structurée, avec un suivi des taux d'infections, des audits réguliers et des évaluations des pratiques. La consommation de solutions hydroalcooliques fait également l'objet d'un suivi. L'hygiène des mains avec le zéro bijou est un fondamental dans l'établissement qui communique largement dessus et sensibilise professionnels et usagers. Toutefois, un seul professionnel rencontré portait des faux ongles. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène est alors intervenue de suite dans le service concerné pour sensibiliser les professionnels aux risques infectieux. La gestion des déchets est maîtrisée et conforme aux attendus. La pratique de la transfusion sanguine est structurée avec des protocoles de pose et surveillance. Un bilan annuel détaillé est présenté en instances, et montre un très faible taux de destruction (inférieur à 1%).

Concernant la prise en charge des urgences vitales, un numéro unique est en place, affiché et connu des professionnels qui est le 15. Les chariots et sac à dos d'urgence sont vérifiés régulièrement, leur composition est protocolée. Des exercices de mise en situation sont mis en œuvre et réalisés en maternité et en néonatalogie, en réanimation, en cardiologie, en pédiatrie et en USLD. La thématique a été choisie par rapport à la typologie des patients accueillis et des pathologies traitées. Toutefois, l'ensemble des services n'ont pas encore réalisé ce type d'exercice. Un calendrier de déploiement a été arrêté pour le deuxième semestre 2026.

La sécurité dans les secteurs de risque majeurs.

Concernant l'appel au 15, de nombreux indicateurs sont suivis quotidiennement et enregistrés, qui montrent entre autres, les délais de décroché en dehors du nombre d'appel quotidien. La pertinence des décisions d'envoi des moyens est aussi interrogée. Les professionnels de la régulation utilisent de nombreux protocoles dans le cadre d'une charte de fonctionnement et toutes leurs actions/appels sont enregistrées. Les équipes du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) analysent leurs pratiques et la pertinence des décisions, en particulier en réécoutant les enregistrements pour améliorer leurs pratiques, systématiquement dans le cas d'une réclamation ou d'événement indésirable. Des revues de dossier, Dossier de Régulation Médicale (DRM), sont faites régulièrement. Le SAMU/ Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) de l'Allier fait partie du réseau des urgences Auvergne-Rhône Alpes (URG' ARA) qui permet un retour et suivi d'indicateurs, entre autres sur leur activité SMUR (avec deux lignes de SMUR). Pour ne pas engorger les lignes d'appel au 15 et pouvoir mieux répondre aux médecins libéraux, un système de SMS avec le SAMU a été mis en place, qui rappelle au moment le plus opportun pour mise en contact directe les médecins généralistes. L'orientation du patient au décours de la prise en charge par le SAMU est argumentée et tient compte des filières d'admission directe, et si possible, des préférences du patient. Concernant la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA), les médecins libéraux ont la possibilité de réguler depuis leur cabinet. L'équipe du SMUR met en œuvre des actions d'amélioration en lien avec l'analyse régulière de ses indicateurs de prise en charge (délai moyen de sortie des SMUR, d'immobilisation des SMUR, de transmission du bilan au SAMU, de transfert...). Le dossier préhospitalier comprend tous les éléments nécessaires, et est inclus dans le dossier médical informatisé du patient. Aux urgences, le patient est suivant son état pris en charge par une Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) ou directement en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). Les délais sont donnés aux patients et ses proches. Les flux de patient sont gérés par un médecin dédié (d'Accueil et d'Orientation) en journée. L'antibioprophylaxie est mise en œuvre selon les recommandations et protocoles de bonnes pratiques des différentes spécialités. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques infectieux liés à l'utilisation des équipements et locaux. Toutefois, en endoscopie les équipes qui prennent en charge la désinfection des endoscopes sont formées par tutorat, des audits de pratiques ne montrent pas d'écart, elles n'ont pas bénéficié de la formation réglementaire attendue. L'établissement l'a prévu pour le second semestre 2026. Les check-lists sont évaluées régulièrement, ce qui donne lieu à des actions d'amélioration. En chirurgie ambulatoire, un passeport est utilisé, et comprend toutes les informations nécessaires que ce soit avant l'hospitalisation ou après avec les numéros d'urgences et les éléments de surveillance. En maternité, les équipes sont formées aux risques obstétricaux majeurs : manœuvres obstétricales, Hémorragie du Post- Partum (HPP). Les protocoles et les équipements nécessaires sont en place en salle de naissance. L'équipe suit son taux de

césarienne quel que soit le code couleur, d'HPP, d'épisiotomie et les extractions instrumentales. Concernant la sécurité du nouveau-né, l'ensemble de l'équipe y compris les aides puéricultrices sont formées tous les ans à la réanimation du nouveau-né que ce soit par le réseau périnatal ou un autre organisme. Le « peau à peau » est favorisé mais en présence de professionnels ou alors le bébé est scopé si besoin. Les équipes de réanimations/soins critiques sont organisées pour prendre les patients en charge dans le cadre de filière graduée (AVC, Urgences cardiaques, traumatologie, ...). Les professionnels suivent le syndrome post-réanimation, et l'ensemble des décisions prises sont discutées en staffs. Dans le cadre de l'activité de prélèvements d'organes et de tissus, l'établissement est très actif ; les décisions de Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) sont actées collégialement et de manière pluriprofessionnelle, tracées dans le dossier. La cellule de coordination de prélèvement des greffes est alertée dès le début de la prise en charge, elle peut ainsi accompagner les proches des patients tout au long de cette démarche. Les délais de consultation du registre national de refus sont respectés. L'organisation des transports des chirurgiens extérieurs à l'établissement est réalisée dans les délais et adaptée en fonction des contraintes météorologiques. Le service de soins critiques est novateur dans la démarche de Prélèvement Multi Organes (PMO) et a travaillé sur la notion de " démarche anticipée" associant un abord de la famille en anticipé. Cette démarche conduit à l'admission en réanimation d'un patient en coma grave, sans perspective thérapeutique, avec une forte probabilité d'évolution vers la mort cérébrale. Elle a pour finalité exclusive un possible prélèvement d'organes et de tissus. Tous les médecins des urgences, du SMUR, de réanimation et la coordination sont formés à l'abord anticipé des proches du patient dont l'état de santé peut évoluer vers un état de mort cérébrale. Il s'agit d'un véritable accompagnement à la fin de vie de ces patients, en LATA, en service de réanimation. La sensibilisation grand public au don d'organe est faite par les professionnels de l'établissement entre autres , dans les lycées des environs. Une coopération avec le CH de Montluçon est en place pour adresser au CH de Moulins les patients en état de mort cérébrale. Le CH de MOULIN vient d'obtenir l'autorisation de réaliser des prélèvements sur patient décédé Maastricht 3. Il existe aussi un protocole de coopération interprofessionnelle afin que les IDE soient formées et réalisent les prélèvements de cornée en salle mortuaire. La pratique d'isolement en psychiatrie se fait selon la réglementation et les bonnes pratiques attendues. Un examen somatique est réalisé aux urgences, s'il y a passage par les urgences, sinon dans le service et ensuite en continue dans le service par un médecin somaticien. L'évaluation initiale par un psychiatre est confirmée par un second psychiatre, et la prescription d'isolement est réévaluée selon les délais réglementaires. A la sortie d'isolement, l'épisode est repris avec le patient. Les locaux des chambres d'isolement sont conformes dans un secteur, et dans l'autre, les locaux étant plus anciens il n'y a pas de sas entre la chambre et le couloir, les pratiques des agents permettent le respect de la dignité et intimité. Les équipes suivent de nombreux indicateurs de pratiques cliniques avec l'évaluation du respect des droits fondamentaux des patients, la proportionnalité et justification médicale des prescriptions, la traçabilité et réévaluation des mesures.

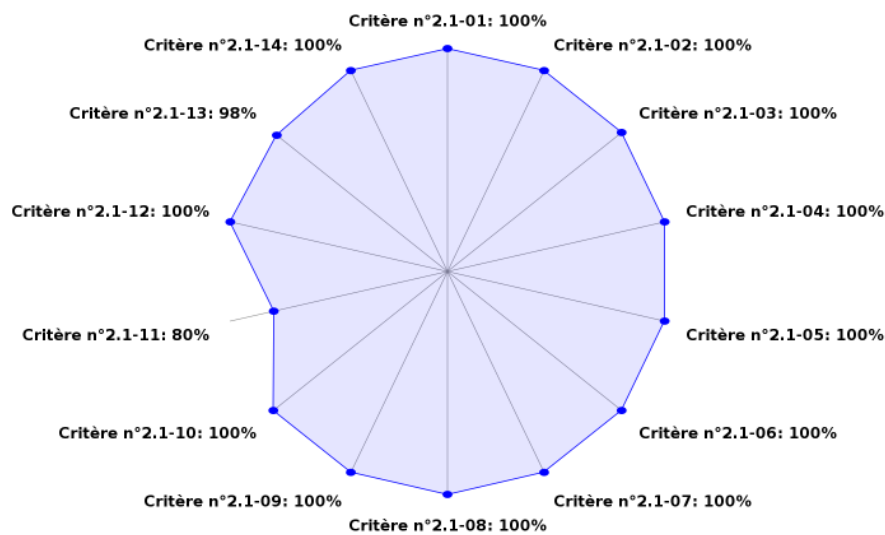
La culture de la pertinence et de l'évaluation.

Les équipes s'appuient sur des protocoles reposant sur des bonnes pratiques actualisées suivant la réglementation et les recommandations des sociétés savantes. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est effective. Elles doivent et sont évaluées à 72 heures , mais aussi être motivées dès la prescription initiale et après 7 jours de traitement. Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques, ils peuvent se référer à un référent antibiothérapie et, pour les cas les plus complexes, ces derniers sont revus dans une Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle avec le service d'infectiologie du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont Ferrand. La consommation d'antibiotique est suivie non seulement en quantité mais aussi par spécialité (prenant en compte les résistances) et des recommandations de prescription sont proposées à la communauté médicale. Concernant les restrictions de libertés, des protocoles sont à disposition. Elles sont prescrites et réévaluées, si elles ne sont pas ponctuelles, de manière hebdomadaire à minima. Pour réduire le risque de chute, toutes ces dernières sont déclarées et analysées si elles ont des conséquences, et la non contention avec des lits bas par exemple est en place. Les demandes d'admission en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) sont évaluées

et obtiennent une réponse tous les jours ouvrés. Le séjour donne lieu à une évaluation avec réajustement du projet de soins toutes les semaines en équipe de manière à anticiper et préparer la sortie. Les équipes suivent leur activité avec des indicateurs d'activité (Durée Moyenne de Séjour), mais aussi de pratiques cliniques. Les services de soins critiques suivent les réhospitalisations à 48 heures et ceux de SMR celles à 30 jours. La douleur dans beaucoup de service est suivie et évaluée, ainsi que la douleur psychique. Des solutions non médicamenteuses sont proposées et évaluées. En maternité, de nombreux indicateurs cliniques permettent d'analyser les pratiques, comme par exemple le taux de césarienne qui est supérieur à la moyenne nationale. En secteurs interventionnels, l'analyse de l'activité est basée sur de nombreux indicateurs : taux d'occupation, de débordement... Les écarts de programmation sont suivis régulièrement et différents audits permettent de suivre le risque infectieux (audits de pratiques, et suivis des différents prélèvements). Que ce soit en biologie, et radiologie, des bilans sont faits régulièrement sur les événements indésirables concernant ces secteurs

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

Score de l'objectif **98%**

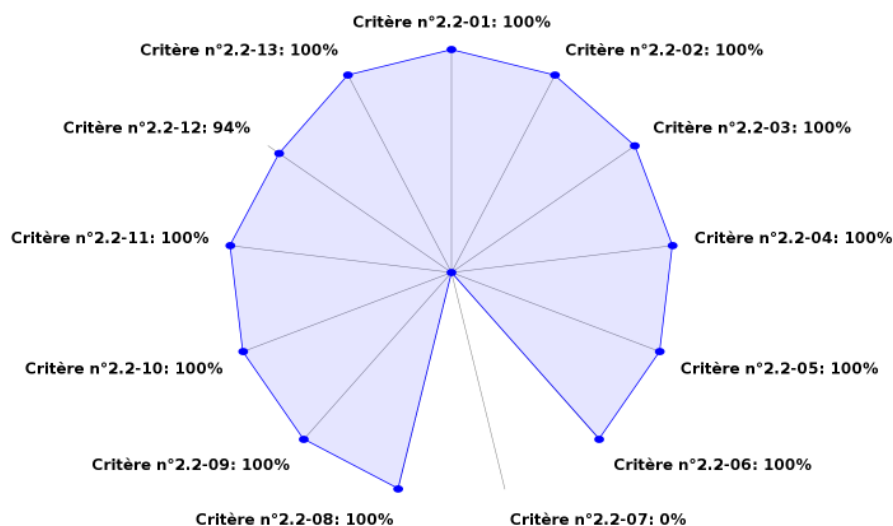


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	100%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	100%
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	100%
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	80%

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	98%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

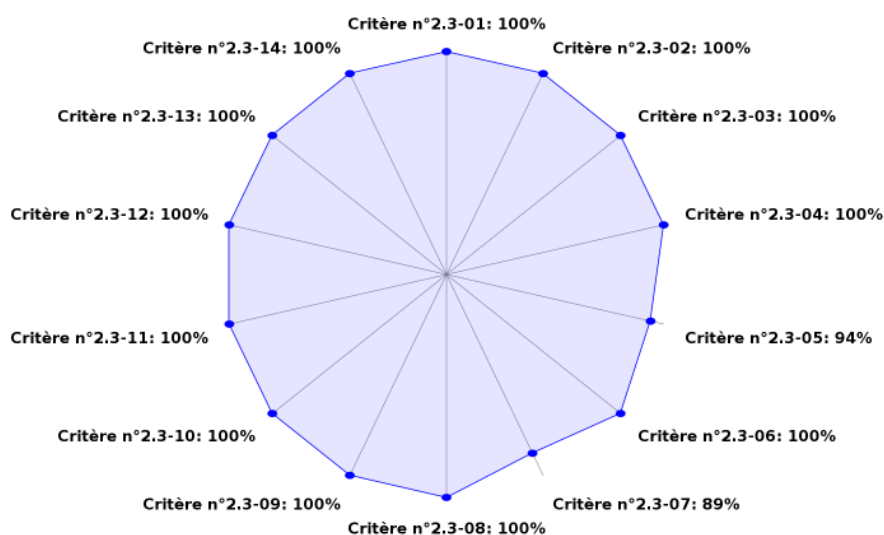
Score de l'objectif **99%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	94%
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 **99%**

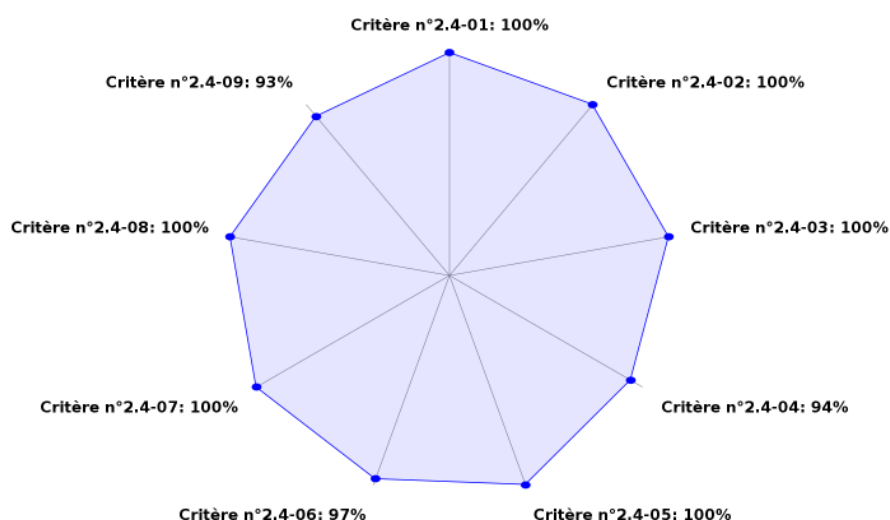


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	100%
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	94%
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	89%
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	100%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	100%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	100%

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

Score de l'objectif **98%**

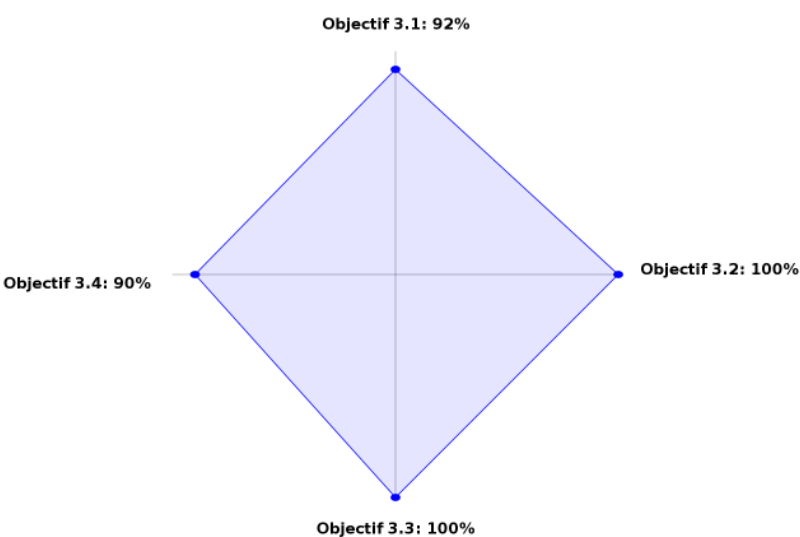


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	94%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	97%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	93%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **95%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	92%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	100%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	90%

Synthèse du chapitre 3

Le management global par la qualité et la sécurité des soins.

Le Centre Hospitalier et sa gouvernance ont défini une politique qualité globale basée sur des orientations prioritaires et déclinée dans un plan d'action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Ce plan reprend l'ensemble des éléments permettant de mener des analyses de risques, ainsi que les diverses évaluations qui sont menées. Les actions engagées sont suivies et donnent lieu à des préconisations mises en œuvre. Elles sont connues de l'ensemble des professionnels. Le CH a déployé une enquête qualité et sécurité des soins en mars 2025 qui a donné lieu à certaines nouvelles actions comme les « 5 minutes Qualité Gestion Des Risques » dans les services animées par l'encadrement. Il s'agit d'un point court sur la qualité comme le rappel de fondamentaux. La gouvernance a inscrit dans son PAQSS une communication pour promouvoir l'accréditation des médecins, cette dernière n'est pas encore engagée.

La culture de la déclaration des événements indésirables est présente dans l'établissement avec des professionnels engagés et formés à cette déclaration. L'équipe qualité avec les médecins coordonnateurs des risques au nombre de trois ce qui permet d'avoir tous les jours un médecin disponible pour engager une analyse de risques, gère le système de déclaration (2468 FEI dont 27 Evénements Indésirables Graves Associés aux Soins en 2025). Une cellule se réunit régulièrement pour faire une revue de Fiches d'Evénement Indésirable et s'assurer des réponses et des actions engagées.

Dans le cas d'EIG, la déclaration est faite sur le portal de signalement en lien avec les équipes concernées. Une Revue de Mortalité Morbidité (RMM) ou un Comité de Retour d'Expérience (CREX) sont organisés et une analyse de risque menée selon la méthode ORION ou ALARLM par des professionnels formés à cette analyse. De nombreux services ont mis en place depuis déjà quelques années une dynamique de CREX (6 CREX par an environ). 45 CREX sont organisés régulièrement.

Les professionnels de l'établissement sont sensibilisés à l'annonce des dommages liés aux soins, formation/sensibilisation réalisée en interne. Les médecins qui font l'annonce sont formés.

La gestion de Situations Sanitaires Exceptionnelles est organisée avec les différents plans afférents ayant chacun des fiches réflexes. L'établissement a acquis un logiciel spécifique à la gestion de crise. Trois médecins sont susceptibles d'être directeurs médicaux de crise et sont formés à cette dernière. Des exercices réguliers sont organisés avec l'ensemble des partenaires de l'urgence avec à chaque fois un Retour d'Expérience (RETEX) et des actions d'améliorations. Une cellule de crise peut être mise en place dans le 45 minutes, et les moyens humains et logistiques déployés. Concernant l'éthique, un comité d'éthique composé d'une dizaine de personnes est en place qui organise trois rencontres annuelles auxquelles sont conviés les professionnels, des cafés débat sont aussi organisés. Il peut être saisi et assure le lien avec les représentants des usagers et la CDU.

la maîtrise des risques professionnels.

L'établissement gère ses ressources professionnelles, il met en œuvre différents dispositifs pour palier l'absentéisme qu'il soit de courte durée avec en premier le mode dégradé, une équipe de remplacement, un système numérique de proposition de missions auquel peuvent répondre les professionnels inscrits. En cas d'emploi d'intérimaires, ils sont accueillis et encadrés et ne restent jamais seuls dans un service, ils ont toujours en présence d'un professionnel du service. Mais l'établissement a plutôt affaire à des vacataires connus et fidélisés. Si l'ensemble de ces solutions ne répondent pas aux besoins, il lui arrive de diminuer l'activité en fermant des lits. Quatre Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) sont en place dont un dans le service de post-urgences. L'absentéisme est suivi de manière mensuelle au niveau de la gouvernance et des pôles. Un comité

de pilotage Accident du Travail (AT) avec la présence des Organisations Syndicales (OS) analyse l'ensemble des AT. Les professionnels ont la possibilité de bénéficier de la formation continue : Validation des Acquis pour les Aides-Soignantes, 4 futurs IDE sont en formation professionnelle. Les professionnels qui souhaitent s'engager dans un parcours cadre sont accompagnés. Les professionnels sont formés à la gestion des risques, avec des sessions de formation proposées en interne par des membres de l'équipe qualité. Dans le cadre de la formation par simulation, un comité de pilotage a été mis en place, un programme a été défini qui sera déployé à partir du second semestre 2026. Une salle de simulation existe, qui permettra le déploiement des formations. La charte de gouvernance et la charte de management sont en cours de finalisation. L'encadrement médical et paramédical est formé (36 personnes en 2025), et les faisant fonctions cadres bénéficient de formations en management. Un coaching individuel est proposé aux nouveaux managers et des parcours managers en interne sont mis en place pour renforcer l'accompagnement. Un dispositif d'accompagnement en co-développement et un tutorat sont également déployés. Des séances de co-développement sont programmées depuis septembre 2025, animées par un cadre formé (deux cadres formés au sein de l'établissement), avec un groupe de six participants : partage d'expériences et analyse de pratiques. De nombreuses initiatives émergent au sein des services. Le plan de formation est construit en cohérence avec les projets de pôle. Le directeur général rencontre chaque équipe une fois par an. Une politique Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) est en place avec un comité de suivi intégrant les OS et de nombreuses actions. Un appel à projets QVCT portant sur les risques psychosociaux a été remporté par le CH, qui a obtenu la première place et une subvention conséquente. Des "Vis ma vie" sont régulièrement organisés autour du parcours patient, suivis d'un retour d'expérience et de la définition d'un plan d'action. Par exemple, en réanimation, suite à une analyse des pratiques professionnelles, une action est menée sur l'accompagnement des enfants de patients hospitalisés, permettant de créer du lien, de redonner du sens et de renforcer la reconnaissance professionnelle. Un plan égalité Femme/Homme est en place. Pour améliorer les conditions de travail, il a été décidé de ne pas organiser de réunions tardives après 18 heures, et afin de faciliter l'accès au CH des professionnels, des navettes vont chercher à la gare certains professionnels pour les amener sur leur site de travail. Une IDE de l'équipe prévention (de la médecine du travail) appelle chaque agent qui a plus de 30 jours d'arrêt de travail. Concernant la gestion des conflits, un dispositif reposant sur un système de signalement est en place avec une adresse mail générique et un rappel systématique par un des huit professionnels dédiés et formés qui peuvent dans un premier temps écouter l'agent et lancer l'analyse.. Une commission suit toutes les agressions verbales ou d'autres types, et dernièrement, l'établissement comme le propose la loi aujourd'hui, a déposé plainte (pour le compte de ses agents) dans le cadre d'une agression avérée. En Commission Médicale d'Etablissement (CME), une commission composée de médecins désignés peut être saisie dans le cadre d'une médiation. Pour l'ensemble des professionnels, si en interne, le conflit ne se règle pas malgré l'accompagnement, une médiation extérieure est organisée. Chaque professionnel bénéficie d'un soutien psychologique. Le travail en équipe est favorisé avec de nombreux temps de rencontre et des lieux d'échanges. Enfin concernant la sécurité de ses professionnels, ils sont préparés pour faire face aux risques d'intrusion ou agression, des dispositifs d'alerte pour les travailleurs isolés sont en place (avec boutons presseurs aux urgences par exemple). Sur le site d'Yzeure des caméras ont été mises en place dans le cadre d'un plan de sécurisation. Une équipe sécurité est en place et peut intervenir rapidement.

Le positionnement territorial.

L'établissement a de nombreux partenaires, qu'ils soient hospitaliers, médico-sociaux ou sociaux dans le cadre du GHT ou non. Il mène des actions avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de son territoire, particulièrement celle sise sur Moulins et Yzeure, il a même réalisé un CREX inter établissement auquel la CPTS a été conviée. Le CH de Moulins Yzeure déploie une stratégie de prise en charge basée sur les filières rattachées aux parcours de patients : urgences cardiaques, Accident Vasculaire Cérébral par exemple. Dans ce cadre, un parcours complet a été élaboré, l'établissement n'ayant pas d'unité neuro vasculaire, il réalise en interne aux urgences la thrombolyse quand cela est possible en lien directe avec les équipes de spécialités du

Centre Hospitalier Universitaire de Clermont ; pour les patients ne nécessitant pas un transfert en UNV dans d'autres établissements du territoire, ceux entre autres n'ayant pas besoin de thrombectomie, il les garde dans un secteur de post-urgences dédié avec une orthophoniste, une IPA spécialisée sur l'AVC, et d'autres professionnels de la réadaptation. Dans le cadre de la prise en charge en psychiatrie, il participe aux groupes de travail du Projet Territorial de Santé Mentale. Des actions sont engagées pour repérer de manière la plus précoce possible les troubles psychiques et éviter l'errance diagnostique : avec des plages de consultation d'urgence, la réalisation de bilan par des équipes expertes et mobiles. Le CH suit de nombreux indicateurs en santé mentale qui lui assure une évaluation de sa cohorte de patient. Une cellule de programmation est en place qui fait partie d'un département parcours patient, et complète son action en identifiant les parcours complexes ceux qui ont une durée prévisionnelle de séjour supérieure à la moyenne. Une cellule gère les flux et fait le point deux fois par jour sur la disponibilité des lits et les mouvements patients ; une IDE coordinatrice au SAU et en UHCD est chargée d'appeler les services et présenter les patients. Des numéros d'appel directs dans les services sont connus des professionnels de santé du territoire. C'est un médecin du service qui répond et peut envisager une hospitalisation programmée à deux ou trois jours, ou une consultation en urgence. En gériatrie, il y a une coordination gériatrique avec une ligne dédiée tenue par une gériatre, ce qui amènent certains services à avoir plus de 50 % d'admission directe. Le SAMU est particulièrement attentif à l'orientation des patients âgés de plus de 75 ans en assurant les relais nécessaires. Plus de 33% des patients hospitalisés en cour séjour gériatrique le sont directement depuis la ville sans passage par les urgences. Il existe aussi un partenariat avec les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) permettant un shunt des urgences.

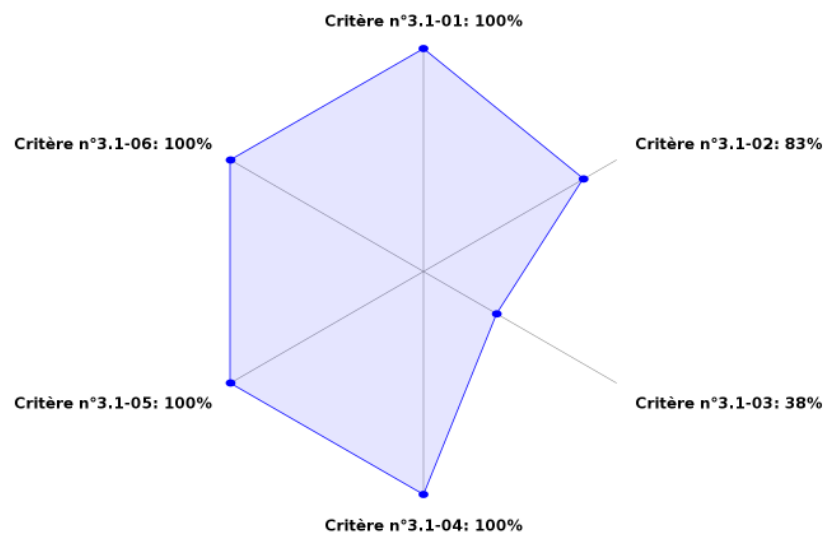
En HAD si le patient doit être réhospitalisé au sein de l'établissement, il ne passe pas par les urgences. Des avis peuvent être donnés par le biais de la télé médecine, et une unité tampon peut être mise en place en cas de tension sanitaire exceptionnelle (tension saisonnière avec la transformation de deux places de Salle de Soins Post Interventionnelle (SSPI) en lits de réanimation par exemple). L'établissement s'est doté d'une unité de recherche clinique, composée d'un Attaché de Recherche Clinique (ARC), une IDE et un temps médical. Elle participe à de nombreux projets et bénéficie même pour la première fois d'un financement grâce aux points collectés par ces projets. Pour ce qui concerne la formation, il existe un projet pédagogique avec une université roumaine, et l'établissement accueille en stage des externes de cette faculté. L'établissement accueille de nombreux étudiants et déploie une démarche de projet de stage pour chaque étudiant avec évaluation. La satisfaction des étudiants est aussi recueillie, tout particulièrement pour les internes. Le programme « CAPSULE » est mis en œuvre pour les étudiants en soins infirmiers.

L'adaptation a des soins écoresponsables et aux innovations numériques.

Les locaux de l'établissement malgré leur ancienneté pour certains, sont propres avec un programme de maintenance structuré. L'établissement développe une stratégie de développe durable et de soins écoresponsables. Un comité de Développement Durable (DD) est en place depuis plusieurs années au sein de l'établissement, avec un projet structuré en six grands axes dont un concerne l'éco-soin. Beaucoup d'actions sont développées, avec un esprit de communication ludique et pédagogique : création d'un jeu, « le DD c'est mon dada », comme un jeu de petits chevaux qui permet de toucher l'ensemble des professionnels. Une réflexion est développée dans les services sur l'utilisation de l'usage unique, et le tri des déchets : en maternité toutes les nouettes sont récupérées et recyclées. La maternité bénéficie du label Très Haute Qualité Sanitaire, Sociale et Environnementale (THQSE). En cardiologie, les boîtiers de télé radiologie/ télésurveillance sont récupérés de manière réglementaire. En restauration, un système permet aux professionnels pour ne pas devoir jeter de la nourriture le rachat des invendus à un prix de base. La consommation d'énergie est suivie et largement communiquée aux équipes, avec beaucoup d'action pour la minorer et continuer à engager les équipes dans cette dynamique. La télésanté est développée avec l'utilisation de la plateforme régionale proposée qu'utilisent aussi pour communiquer les professionnels de santé libéraux du territoire. Des dispositifs de télésurveillance sont en place en cardiologie entre autres, et diabétologie.

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

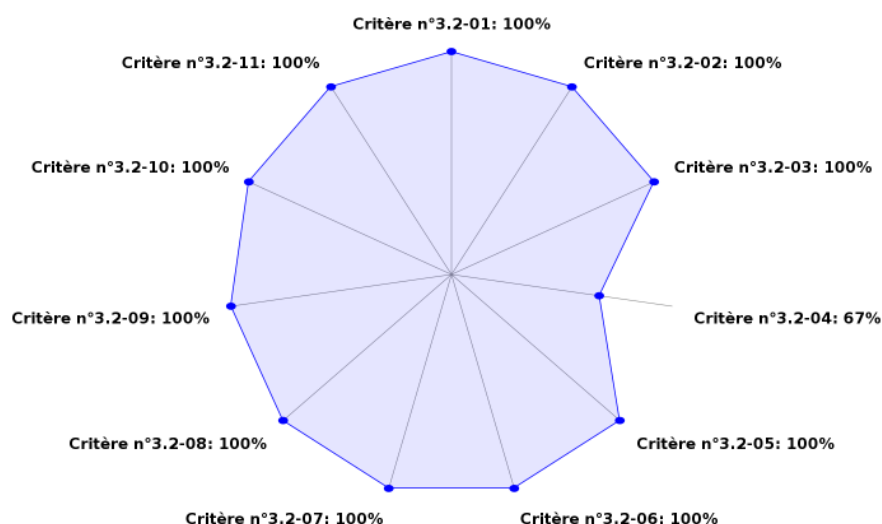
Score de l'objectif **92%**



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	83%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	38%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

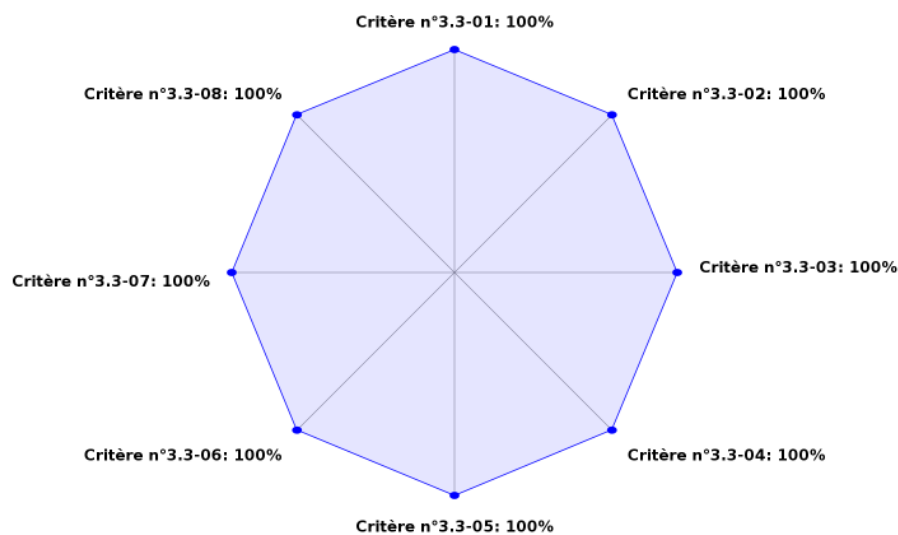
Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	67%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%
3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	100%

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

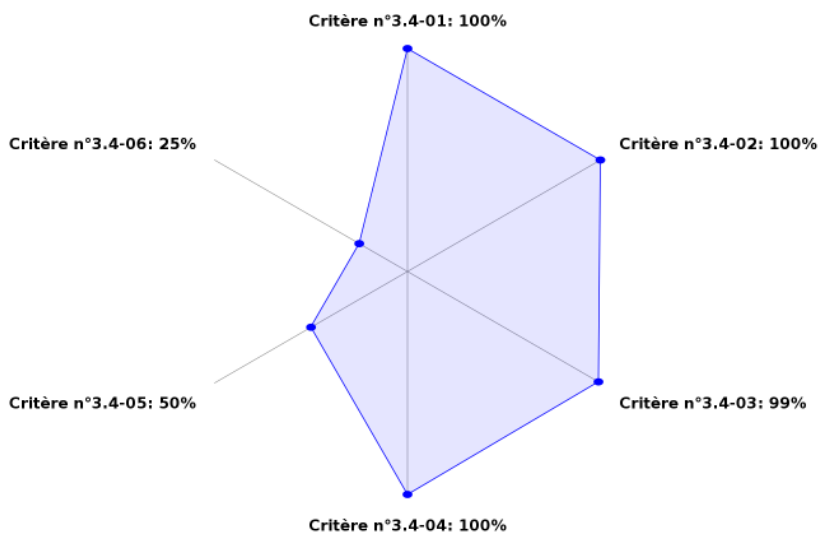
Score de l'objectif **100%**



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 **90%**



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	99%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	100%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	25%

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

