



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE DE SOINS
SPECIALISES
MAISON SAINTE
MARIE**

6 Place du pré commun
48500 La Canourgue



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	20
Synthèse du chapitre 2	21
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	24
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	25
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	27
Chapitre 3 : L'établissement	28
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	28
Synthèse du chapitre 3	29
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	31
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	32
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	34
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	35

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 DE SOINS SPECIALISES MAISON SAINTE MARIE	
Adresse	6 Place du pré commun 48500 La Canourgue FRANCE
Département / Région	Lozère / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	480782101	ASSOCIATION LOZERIENNE DE LUTTE CONTRE LES FLEAUX SOCIAUX (ALLFS)	ROUTE DE NASBINALS BP 2 48100 Antrenas FRANCE
Établissement principal	480000835	CENTRE DE SOINS SPECIALISES MAISON SAINTE MARIE	6 Place du pré commun 48500 La Canourgue FRANCE

Les critères évalués

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

Secteur d'activité
 Soins Médicaux et de Réadaptation

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



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



Évalué **2** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **7** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **11** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

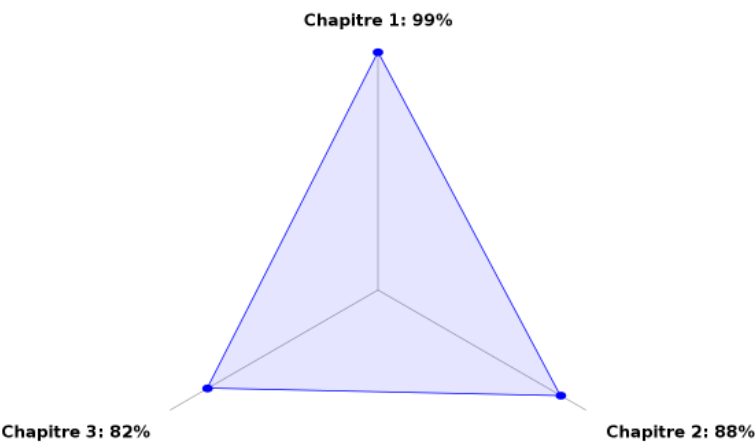
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

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



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	99%
Chapitre 2	Les équipes de soins	88%
Chapitre 3	L'établissement	82%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

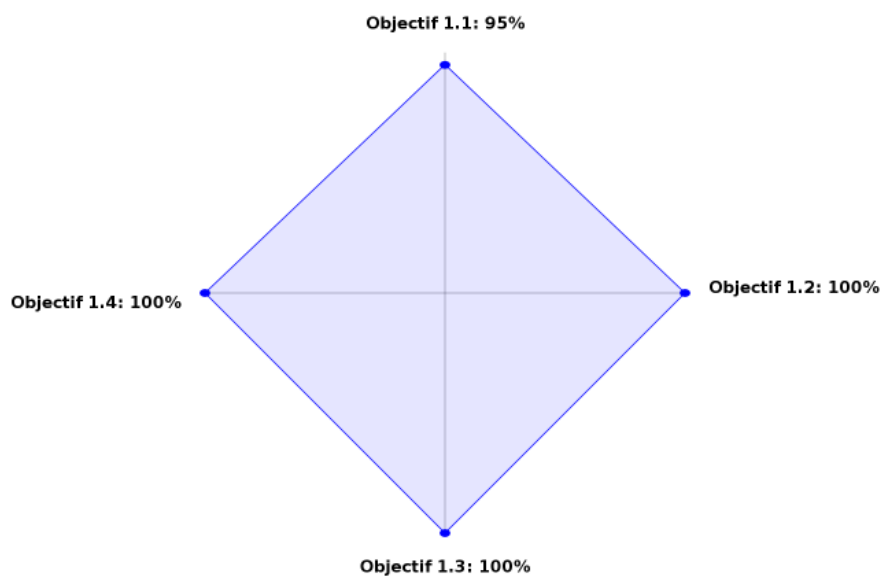
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	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	67%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presque 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	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	25%
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	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **99%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	95%
1.2	L'information du patient	100%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	100%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	100%

Synthèse du chapitre 1

Les patientes sont prises en charge dans un unique secteur d'activité de soins médicaux d'addictologie. Elles sont informées et impliquées dans leur prise en charge, ce qui constitue un préalable à leur accueil au sein de l'établissement.

La prise en charge des patientes par les professionnels, les locaux et les équipements garantit leur intimité, leur dignité et le respect de la confidentialité des informations les concernant. Les patientes sont informées sur leurs droits : charte de la personne hospitalisée, consentement éclairé, désignation d'une personne de confiance.

L'établissement répond dans sa totalité aux obligations réglementaires d'accessibilité. Les locaux sont adaptés à toutes les formes de handicap. L'accès aux soins des personnes vulnérables est organisé et constitue le cœur de métier de cet établissement.

L'ensemble des patientes rencontrées expriment que, pour elles, la confidentialité et le secret professionnel sont respectés. L'équipe d'experts visiteurs partage ce constat. L'établissement sensibilise peu et ne contrôle pas encore les connexions qui pourraient être considérées comme illégitimes au dossier des patients.

Grâce aux informations délivrées par l'établissement, l'ensemble des patientes rencontrées pendant la visite connaissent leur droit à rédiger des directives anticipées.

L'anticipation de la prise en charge de la douleur est une des priorités de l'établissement. La douleur est évaluée fréquemment selon une échelle adaptée et prise en charge pour toutes les 28 patientes. L'établissement a développé des stratégies non médicamenteuses de prise en charge de la douleur.

L'autonomie du patient en situation de handicap et/ou âgé est maintenue grâce à une évaluation systématique de l'aptitude du patient par les équipes. Une aide est apportée au patient pour répondre à ses besoins élémentaires dans toutes les circonstances.

La Maison Sainte-Marie est très attachée à la promotion de la bientraitance, qu'elle a inscrite prioritairement dans ses orientations stratégiques et déclinée dans sa politique des droits des patients ; les professionnels sont formés, le respect des patients (et de leurs enfants pour certaines) est promu et partagé au sein des équipes.

Les risques impactant la bientraitance sont identifiés et les conditions d'exercice des pratiques sont réunies pour assurer celle-ci à tous les moments de la prise en charge de la patiente. Les professionnels de tous les services sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance compte tenu du public accueilli ; ils disposent de recommandations de bonnes pratiques et d'outils accessibles dans la gestion documentaire, permettant le repérage, le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance.

Le repérage annuel des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables avant leur prise en charge est évalué annuellement. Les cas de maltraitance sont recensés dans le PMSI. Les professionnels connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge : assistante sociale, réseaux locaux.

Les patientes savent qu'elles peuvent avoir accès à leur dossier. Celles-ci peuvent être accompagnées,

le cas échéant, pour cette consultation. Les délais réglementaires de remise des dossiers sont suivis et conformes à la réglementation.

Elles reçoivent une information claire, orale et écrite, sur leur état de santé, les hypothèses et les confirmations diagnostiques leur permettant de participer à l'analyse bénéfice-risque et d'exprimer leur consentement libre et éclairé sur le projet personnalisé de soins.

Des messages de santé publique sont affichés dans l'établissement et présents sur le site internet public de l'établissement. La patiente bénéficie systématiquement d'actions pour être actrice de sa prise en charge.

En prévision de sa sortie, la patiente est informée des consignes de suivi pour les médicaments prescrits.

Le patient est informé, par différents supports, sur les représentants des usagers, mais tous n'ont pas intégré ces informations. Les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap sont évalués et intégrés dans le projet personnalisé de soins. La préparation de la sortie est largement anticipée, coordonnée et tient compte des conditions de vie habituelles du patient.

Le repérage de la vulnérabilité sociale est systématiquement réalisé et, pour les patientes en situation de précarité sociale, l'assistante sociale et l'équipe prennent en compte les difficultés financières, professionnelles, administratives ou familiales des patientes et interviennent pour tout ce qui concerne leur accès aux droits et aux soins (Aide Médicale d'État, coordination avec les services médico-sociaux, etc.).

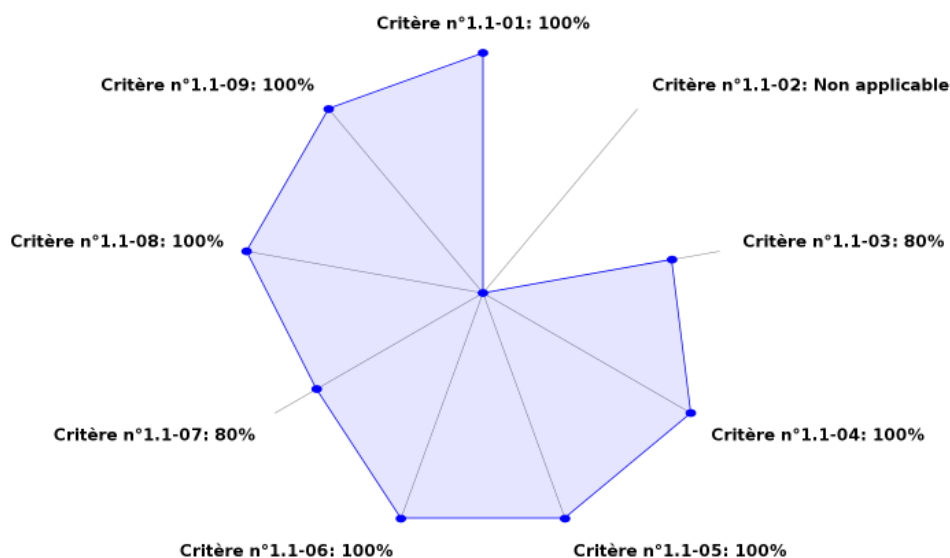
L'établissement présente aux patientes les modalités pour exprimer leur satisfaction. Il reste à consolider ce qui a trait à leur expérience durant et après leur séjour. Compte tenu de l'activité spécifique de l'établissement et du nombre maximum de 28 patientes accueillies, elles sont très régulièrement reçues par différents professionnels et peuvent largement faire part de leur satisfaction ou de difficultés particulières.

De plus, des questionnaires de satisfaction sont remis aux patientes.

Les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un Évènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS) sont peu connues. Peu nombreuses sont les patientes qui savent que l'équipe de soins va alimenter ou consulter leur DMP ; il en est de même pour l'utilisation de la messagerie sécurisée.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

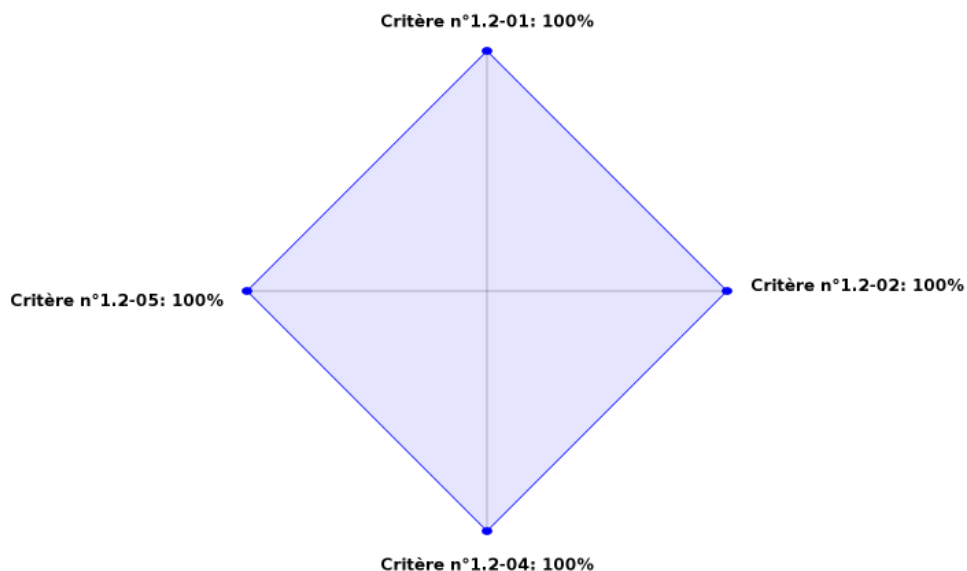
Score de l'objectif **95%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	80%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
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

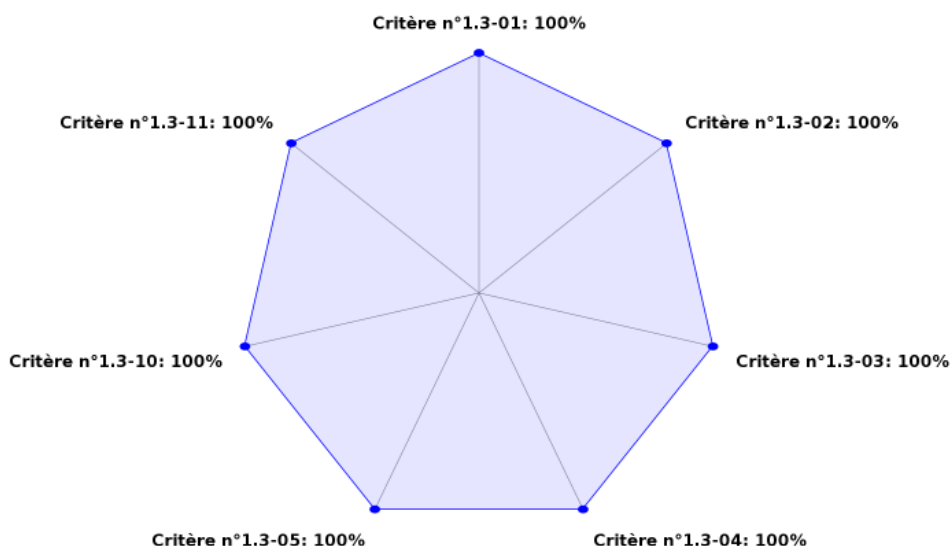
Score de l'objectif **100%**



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	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.	100%

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

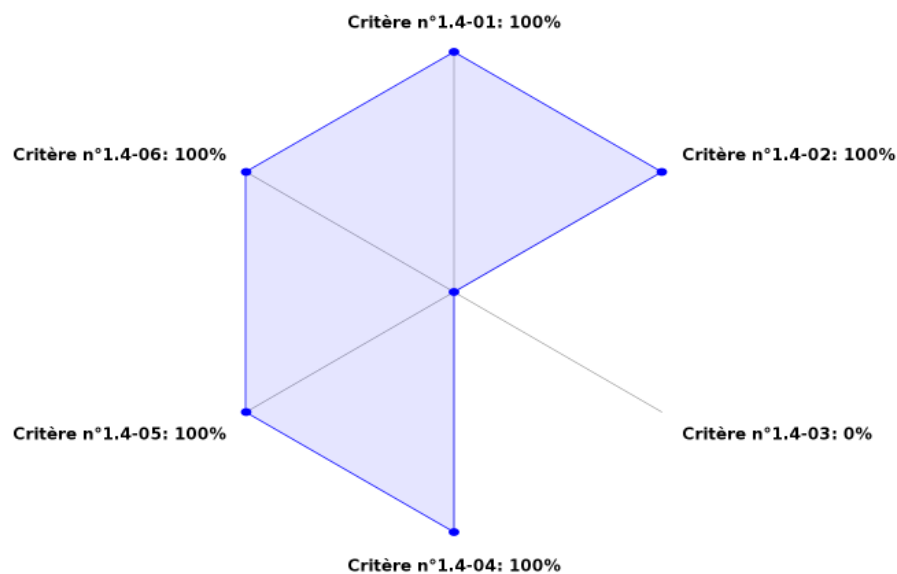
Score de l'objectif **100%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **100%**

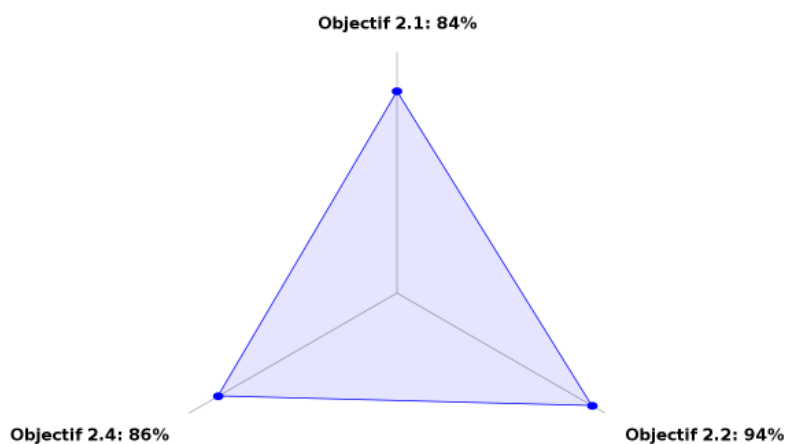


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	100%
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 **88%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	84%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	94%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	86%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de son parcours. Un dossier patient informatisé ergonomique et commun permet la traçabilité et l'accessibilité, pour les professionnels, de tous les éléments utiles à la prise en charge : dossier médical, dossier de soins infirmiers, intégration de données importées (documents administratifs, scannés, résultats de biologie, etc.).

Dans l'établissement, le projet de soins est construit avec le patient afin d'être adapté à ses besoins et ses préférences, en s'appuyant sur une évaluation globale de la situation. Il est réévalué pour adapter la prise en charge. L'ensemble des données est tracé dans le DPI. Les équipes ne consultent pas le DMP.

La coordination des équipes est également assurée dans les secteurs de prise en charge par des réunions d'équipe fréquentes et régulières. Elles peuvent faire appel, si besoin, à des professionnels experts internes et disposent d'un accès direct à des correspondants experts.

Il reste à consolider la démarche de conciliation médicamenteuse, dont la population choisie récemment par l'établissement n'a permis de traiter qu'un seul dossier et qui, de fait, n'est aujourd'hui pas évaluée.

L'ensemble des patients ne bénéficie pas d'une prise en charge visant à anticiper et/ou corriger tout trouble nutritionnel.

Une lettre de liaison est remise et expliquée au patient le jour de sa sortie. Cette dernière comprend l'ensemble des éléments attendus.

Les équipes ne maîtrisent pas entièrement les risques liés à leurs pratiques.

Les bonnes pratiques d'identification du patient sont globalement respectées, l'établissement ayant intégré nos remarques dès le début de notre visite.

La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins au regard des prescriptions. L'analyse pharmaceutique de niveau 1 est réalisée depuis peu ; il n'est pas envisagé pour le moment de réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2.

L'établissement ne dispose pas d'une PUI internalisée mais fonctionne par convention avec une pharmacie d'officine.

Les prescriptions de médicaments sont toutes réalisées dans le DPI institutionnel. Les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments sont respectées par les équipes. Le motif de non-administration d'un médicament est tracé dans le dossier.

La liste des médicaments à risque est adaptée à l'unité de soins ; elle est connue des professionnels qui sont formés aux risques induits par leur utilisation. Les bonnes pratiques d'utilisation de ces médicaments à risque sont globalement respectées à toutes les étapes du circuit.

Ils sont identifiés par un logo dans les tiroirs des armoires sécurisées et sont stockés à distance des autres médicaments.

Le stockage des stupéfiants est sécurisé dans des coffres et leur prescription répond à la

réglementation. Toutefois, nous avons constaté un écart de stock, signalé par une infirmière, mais n'ayant donné lieu à aucune investigation particulière.

L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux bonnes pratiques, et le circuit a été revu peu de temps avant notre arrivée.

Concernant les médicaments thermosensibles, le transport est désormais réalisé dans des enveloppes isothermes et la surveillance des températures des réfrigérateurs est systématiquement vérifiée et tracée.

Chez le patient vulnérable et/ou âgé, les équipes expliquent les modifications du traitement. L'intégration de ces modifications au bilan thérapeutique est retrouvée dans le dossier du patient et dans la lettre de liaison.

Le choix de l'établissement est aujourd'hui de ne pas entrer dans une démarche de prise autonome du traitement par le patient.

Les équipes maîtrisent en grande partie le risque infectieux.

Un Comité des Vigilances Sanitaires et des Risques (COVIRIS) est en place ; les correspondants vigilants sont désignés et la liste, accessible 24h/24, est affichée dans les services et connue des professionnels.

Les modalités des alertes de vigilances ascendantes et descendantes sont définies et opérationnelles ; la coordination avec les structures régionales et nationales est effective.

Des actions de sensibilisation sont menées auprès des personnels, mais toutes ne sont pas encore maîtrisées.

Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont appliquées dans les secteurs de soins. Il reste à consolider la gestion des excréta et à revoir les situations nécessitant ou non l'utilisation du gel hydroalcoolique dans un établissement d'addictologie.

Les précautions standard et complémentaires sont connues et appliquées par les professionnels.

Les prescriptions d'isolement en précautions contact sont tracées dans le DPI.

Le dépistage et la traçabilité dans le DPI des patients positifs à une Bactérie Multi-Résistante (BMR) sont organisés.

Même si les patientes hospitalisées ne sont quasiment jamais équipées de dispositifs médicaux implantables (DMI), les professionnels disposent de protocoles concernant la pose de ces dispositifs, dont la date serait tracée dans le DPI et la pertinence du maintien réévaluée.

L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées, sensibilise les équipes et donne un accès gratuit aux vaccinations, avec un taux de vaccination connu.

Le matériel d'urgence vitale est vérifié et conforme, la procédure connue des professionnels.

La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée, avec un numéro d'appel unique, affiché et connu de tous, immédiatement accessible, ainsi que la présence dans chaque service de chariots d'urgence accessibles dont la maintenance est assurée par les IDE.

Tous les professionnels sont formés aux gestes de première urgence (AFGSU). Les personnels ont été sollicités dans le cadre d'exercices et de simulations de situations d'urgence.

Les équipes peinent à présenter ou à faire référence à une démarche d'évaluation des résultats cliniques de leurs patients, malgré un potentiel d'amélioration identifié.

Les résultats de l'expérience et de la satisfaction des patients sont exploités et diffusés.

Les représentants des usagers sont sollicités pour améliorer les pratiques des équipes.

Les professionnels améliorent leurs pratiques en se fondant sur quelques indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS). Les indicateurs sont affichés par service et commentés en réunions.

Les revues de ces indicateurs sont réalisées en équipe et des plans d'action sont mis en œuvre, mais peu évalués à ce jour.

Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et argumentées en fonction du contexte clinique et des examens microbiologiques.

Les praticiens bénéficient de formations à l'utilisation des antibiotiques.

La liste des antibiotiques disponibles dans l'établissement est mise à jour et validée par la CME.

La réévaluation de la prescription entre la 24e et la 48e heure est réalisée.

Les professionnels de l'établissement ne recourent jamais à la contention mécanique ; les procédures sont en place et connues si un tel recours devait être nécessaire.

Les professionnels sont très attentifs à expliquer aux patientes les mesures d'isolement mises en place (précautions complémentaires).

La pertinence des mesures restrictives, notamment le retrait d'effets personnels, doit être expliquée aux patientes, même si nous ne remettons pas en question le choix de l'établissement.

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes de l'établissement. Les professionnels disposent de protocoles intégrant des recommandations de bonnes pratiques actualisées. La pertinence de l'admission et du maintien de la prise en charge en SMR d'addictologie est réévaluée dès l'amont du séjour et également dès la première phase du séjour.

Les Événements Indésirables Associés aux Soins (EIAS), dont les presque accidents, sont déclarés par les équipes et analysés selon une méthode d'analyse des causes profondes.

La pertinence de la cotation doit être revue afin de répondre à une problématique spécifique, ce qui n'a pas été le cas pour l'écart de stock concernant les stupéfiants déjà relevé lors d'un audit externe récent. Les EIAS identifiés comme critiques peuvent donner lieu à une revue en Comité de Retour d'Expérience.

Les plans d'action mis en œuvre ne sont pas tous inscrits dans le PAQSS ni suivis.

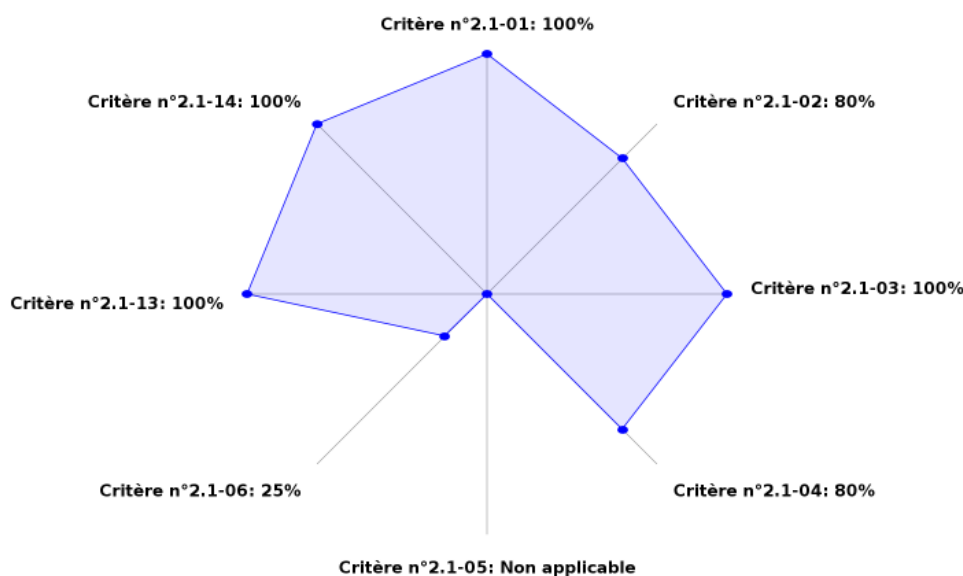
La taille de l'établissement facilite les échanges entre professionnels, la prise en compte rapide d'une problématique et la mise en place de mesures correctives.

Une difficulté réside dans une implication insuffisante des personnels dans la démarche IQSS.

L'ensemble des équipes est sensibilisé et engagé dans une réflexion visant à assurer des soins écoresponsables.

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

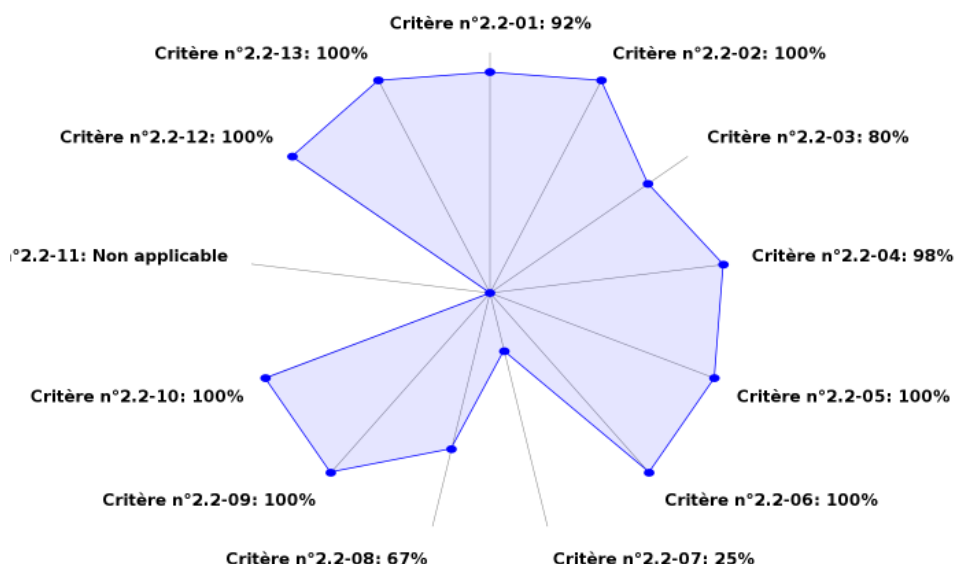
Score de l'objectif **84%**



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	80%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	80%
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	25%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **94%**

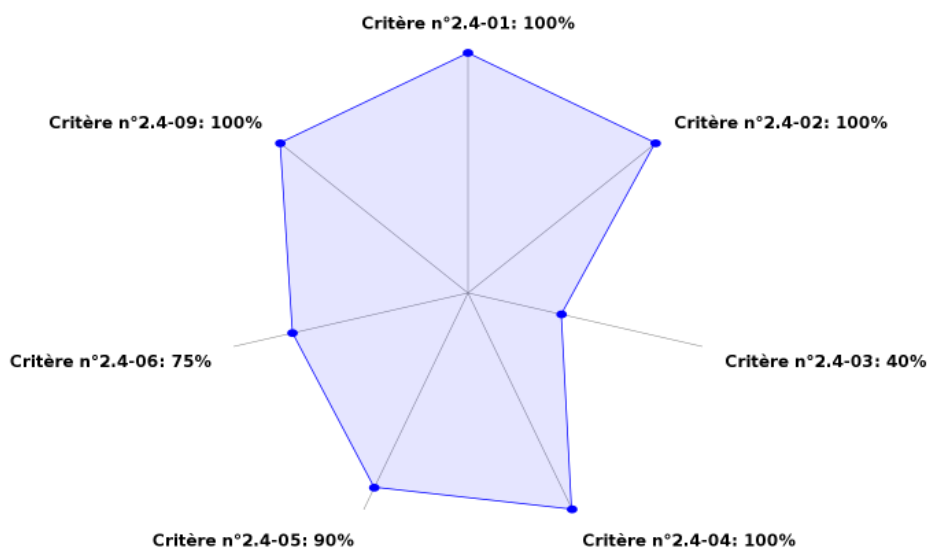


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	92%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	80%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	98%
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)	25%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	67%
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	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

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

Score de l'objectif **86%**

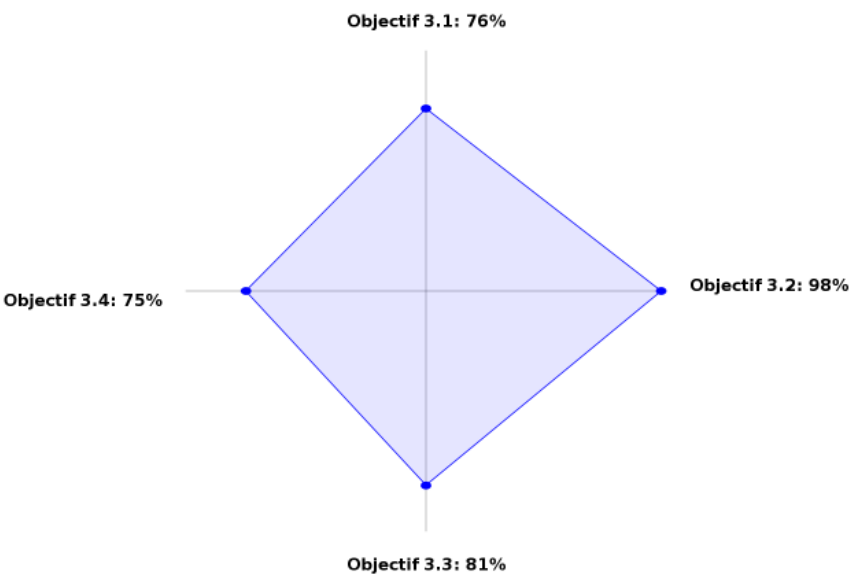


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	40%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	100%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	90%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	75%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **82%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	76%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	98%
3.3	Le positionnement territorial	81%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	75%

Synthèse du chapitre 3

Il existe une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, validée par les instances et copilotée par la direction et la CME.

Ces orientations, fondées sur une analyse globale, sont priorisées.

Les professionnels, en particulier l'encadrement, connaissent encore peu les actions d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités et ne sont pas, dans leur grande majorité, force de proposition pour de nouvelles actions.

L'établissement soutient pourtant une culture de sécurité des soins.

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques, actualisées, sont diffusées et disponibles au sein des équipes.

L'adéquation des procédures aux recommandations fait l'objet d'un travail en équipe ; les revues de pertinence des admissions et des séjours sont régulièrement évaluées compte tenu de l'activité spécifique de la Maison Sainte-Marie.

L'établissement prend en compte le point de vue du patient, à travers les questionnaires de satisfaction et surtout les rencontres avec les professionnels.

Les équipes connaissent peu les recommandations établies par la commission des usagers.

Les résultats de quelques indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et analysés en CODIR ainsi qu'en CME, puis présentés à la CDU.

Les actions d'amélioration basées sur ces résultats sont inégalement connues des professionnels malgré leur présentation en réunion et leur affichage dans les unités de soins.

L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables associés aux soins (EIAS).

Les professionnels connaissent peu les EIAS, dont les presque accidents, déclarés dans leur service.

L'établissement informe les patients ou leurs représentants des dommages imputables aux activités de prévention, de diagnostic ou de soins.

Les médecins et l'encadrement sont formés à l'annonce de ces éventuels dommages.

Les EIG font l'objet d'une analyse systémique et sont déclarés sur le portail sanitaire.

La Commission des Usagers est informée à chaque réunion des EIG et des presque accidents déclarés.

L'établissement ne recueille pas encore réellement l'expérience patient (PREMS).

Des questionnaires institutionnels sommaires sont utilisés.

Les résultats sont analysés avec les représentants des usagers.

Leur exploitation vise à alimenter les actions d'amélioration, mais ces actions restent peu connues des professionnels qui ne se sont pas encore approprié pleinement la démarche.

L'établissement commence à mobiliser l'expertise des patients.

La communication avec les professionnels, les patients et leurs proches est bien promue ; le site internet comporte de nombreuses informations actualisées.

Les plaintes et réclamations sont présentées en CME et à la CDU ; elles sont suivies et contribuent aux actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les représentants des usagers participent aux instances, donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients, contribuent à la politique d'accueil et de prise en

charge.

Ils sont informés des plaintes, réclamations, EIAS, réponses aux questionnaires de satisfaction et résultats d'e-Satis.

L'établissement dispose d'une réponse adaptée aux risques auxquels il peut être confronté.

Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE) est opérationnel et répertorie les risques potentiels.

Les dispositifs de mise en isolement pour risques infectieux sont prévus.

Les professionnels rencontrés identifient encore difficilement les questionnements éthiques auxquels ils pourraient être confrontés. Le comité éthique de l'établissement n'est pas actif.

Le système d'information n'est pas totalement sécurisé : nous avons notamment constaté deux professionnels utilisant des ordinateurs différents avec le même login et mot de passe.

Les mots de passe ne sont pas individualisés et leur changement n'est pas régulier.

Les professionnels n'utilisent pas tous la messagerie sécurisée.

Des procédures dégradées et un plan de continuité existent néanmoins, et les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident ou de cyberattaque.

L'établissement a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire.

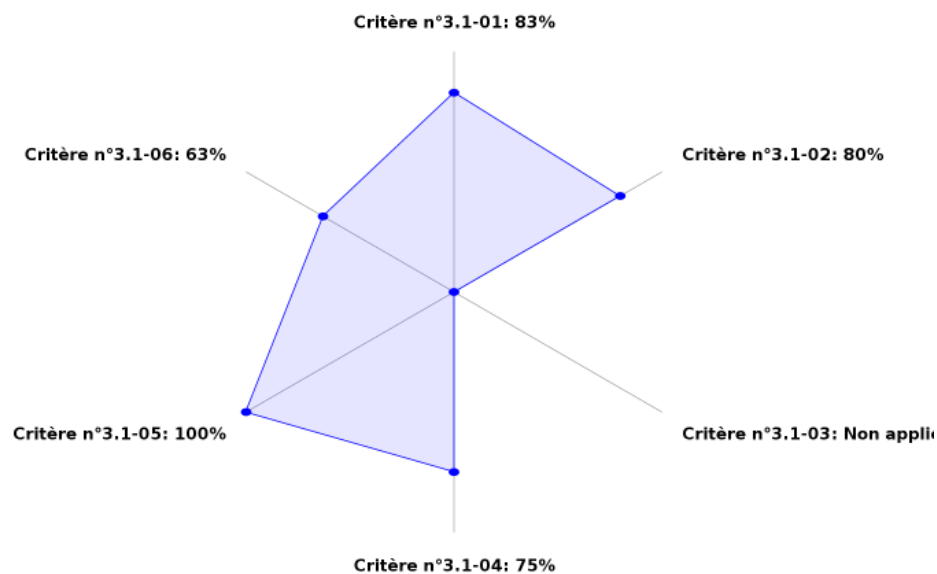
Il participe aux projets territoriaux de parcours et a signé des conventions avec différents établissements en amont et en aval des séjours SMR.

Les usagers et les professionnels de ville, hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre facilement l'établissement.

Les professionnels ne peuvent toutefois pas échanger les comptes rendus et documents nécessaires au suivi médical via messagerie sécurisée.

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

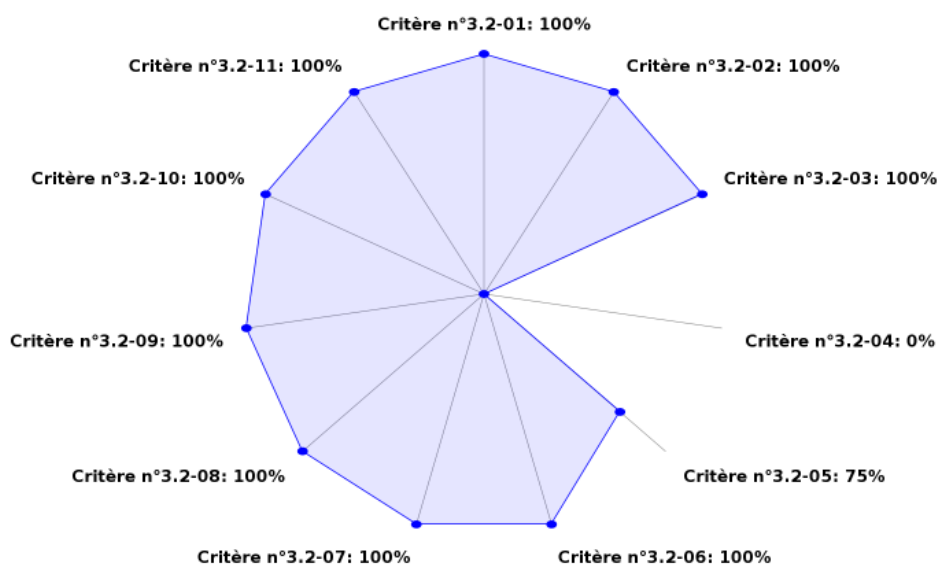
Score de l'objectif **76%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	83%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	80%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	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	62%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **98%**

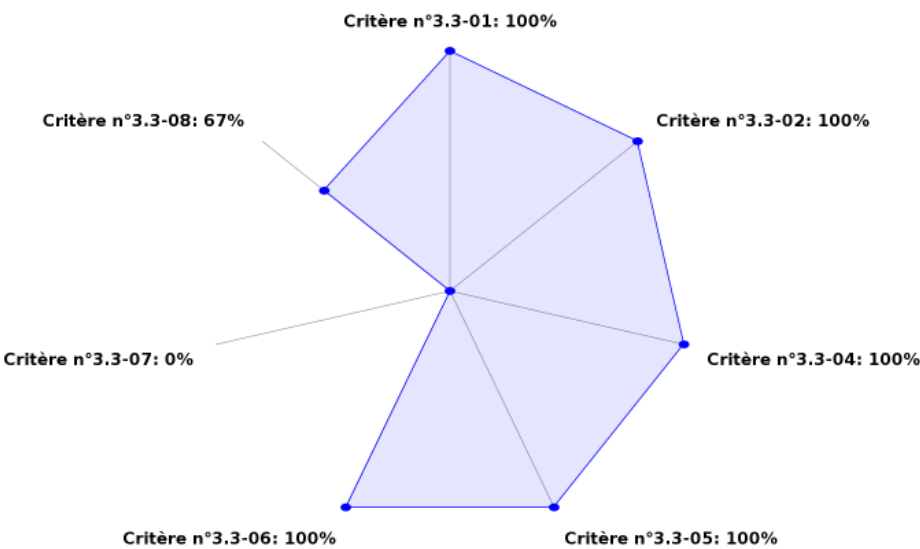


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	0%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
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

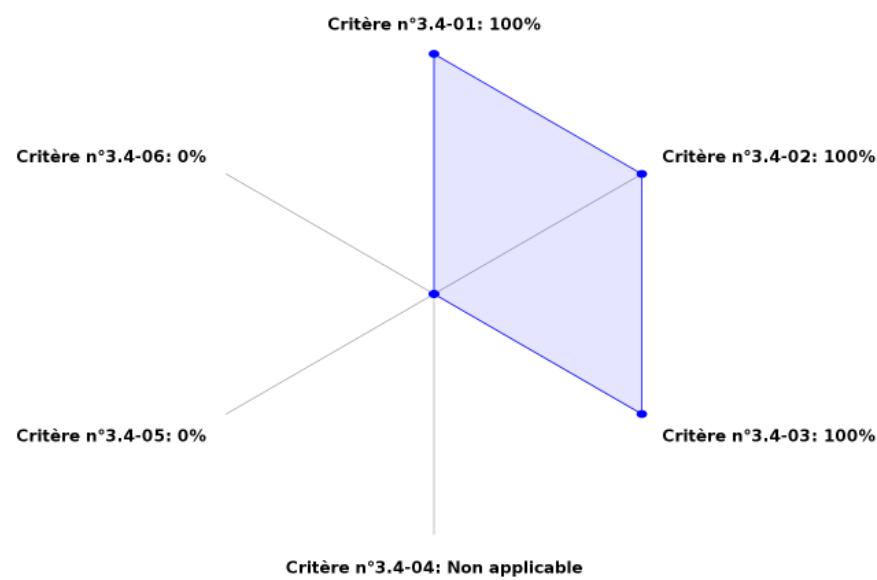
Score de l'objectif **81%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	0%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	67%

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

Score de l'objectif **75%**



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	Non Applicable
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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

