



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE DIEU

290 route de vienne
69008 LYON 08



Validé par la HAS en Juillet 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 – Juillet 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	9
Les évaluations réalisées pendant la visite	10
La décision	11
Les résultats	12
Les résultats des critères impératifs et avancés	13
Chapitre 1 : Le patient	16
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	16
Synthèse du chapitre 1	17
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	27
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	28
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	29
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	30
Chapitre 3 : L'établissement	31
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	31
Synthèse du chapitre 3	32
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	34
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	35
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	36
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	37

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 SAINT JEAN DE DIEU	
Adresse	290 route de vienne 69008 LYON 08 Cedex 08 FRANCE
Département / Région	Rhône / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	690054168	FONDATION ACCOMPAGNEMENT RECHERCHE HANDICAP ET SANTE MENTALE	290 rte de vienne Bp 8252 69373 Lyon 08eme CEDEX 08 FRANCE
Établissement géographique	690056494	CSA D'YVOURS	33 RUE DE LA CHAPELLE D'YVOURS FRANCE
Établissement géographique	690056460	CMP OULLINS	162 GRANDE RUE D'OULLINS FRANCE
Établissement géographique	690055041	CMP-CATTP OULLINS	7 RUE DES TANNERIE 69600 OULLINS FRANCE
Établissement géographique	690052824	CATTP PEDOPSYCHIATRIE D'OULLINS	8B R DU PERRON 69600 OULLINS FRANCE
Établissement géographique	690045398	CMP-CATTP DE FRANCHEVILLE	CMP-CATTP DE FRANCHEVILLE I11 1 CHEMIN DU TOREY 69340 FRANCHEVILLE FRANCE
Établissement géographique	690809249	CMP CLOS ST MARTIN OULLINS	CMP CLOS ST MARTIN OULLINS G25 59 b rue narcissse bertholey 69600 OULLINS FRANCE
Établissement géographique	690809231	CATTP OULLINS	CATTP OULLINS G25 226 grande rue 69600 OULLINS FRANCE

Établissement principal	690780143	CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE DIEU	290 route de vienne 69008 LYON 08 Cedex 08 FRANCE
Établissement géographique	690809140	CAPC - CENTRE ACCUEIL PSYCHOTHERAPIQUE DE CRISE	21 rue jules ferry 69200 Venissieux FRANCE
Établissement géographique	690796107	HDJ LE GARON	HJ LE GARON I12 14 rue de bonnefond 69700 Givors FRANCE
Établissement géographique	690796099	CMP-HDJ ENFANTS MIONS	24 route de corbas 69780 Mions FRANCE
Établissement géographique	690031216	HDJ-EQUIPE MOBILE GERLAND	HOPITAL DE JOUR-EQUIPE MOBILE GERLAND G25 247 av jean jaures 69007 Lyon 07eme FRANCE
Établissement géographique	690044250	CMP-CATTP ADO ARTHUR RIMBAUD	CMP-CATTP ADO Arthur RIMBAUD I12 50 rue de marseille 69007 LYON FRANCE
Établissement géographique	690044243	UAD-DIAGNOSTIQUE TED	215 route de vienne 69008 LYON 08 FRANCE
Établissement géographique	690036074	HDJ-CMP PAVILLON 4N	HDJ-CMP PAVILLON 4N G26 Chls 165 chemin du grand revoyet 69310 PIERRE BENITE FRANCE
Établissement géographique	690044060	CMP-CATTP CENTRE PETITE ENFANCE ESTHER BICK	CMP-CATTP CENTRE PETITE ENFANCE ESTHER BICK I12 106-110 avenue jean jaures 69007 LYON 07 FRANCE
Établissement géographique	690809405	CMP-CATTP ST SYMPHORIEN SUR COISE	CMP-CATTP ST SYMPHORIEN SUR COISE I11 5 avenue saint exupery 69590 ST SYMPHORIEN SUR COISE FRANCE
Établissement géographique	690809330	CMP-CATTP CENTRE PETITE ENFANCE WINNICOTT	CMP-CATTP CENTRE PETITE ENFANCE WINNICOTT I12 2 avenue marcel cachin 69200 VENISSIEUX FRANCE

Établissement géographique	690809322	CMP SAINT FONS	CMP SAINT FONS I12 5 montée antoine gravallon 69190 ST FONS FRANCE
Établissement géographique	690809272	CMP-CATTP-HJ SURVILLE	CMP-CATTP-HJ SURVILLE I12 111 chemin de surville 69008 LYON 08 FRANCE
Établissement géographique	690809223	CSA LYON 7ÈME	CSA LYON 7ÈME G25 39 rue de la madeleine 69007 LYON 07 FRANCE
Établissement géographique	690809074	CSA DES MONTS DU LYONNAIS	CMP ST LAURENT CHAMOUSSET I11 52 chemin de l'hôpital 69930 ST LAURENT DE CHAMOUSSET FRANCE
Établissement géographique	690809058	CMP CONDRIEU G26	CMP CONDRIEU G26 6 place du 8 mai 1945 69420 CONDRIEU FRANCE
Établissement géographique	690809041	CMP-CATTP LES BORDS DU GIER	CMP-CATTP LES BORDS DU GIER G26 1 rue robespierre 69700 GIVORS FRANCE
Établissement géographique	690809017	CMP-CATTP LE VIEUX VILLAGE	CMP-CATTP VIEUX VILLAGE G27 & I12 10 avenue jean jaures 69800 ST PRIEST FRANCE
Établissement géographique	690808878	Centre Médico Psycho	CMP I12 72 route de vienne 69320 FEYZIN FRANCE
Établissement géographique	690034459	CMP-CATTP THURINS	CMP-CATTP THURINS G26 5 place du 11 novembre 1918 69510 THURINS FRANCE
Établissement géographique	690033758	CEMADO HDJ-équipe mobile	CMP OULLINS I11 22 rue Victor Hugo 69200 VENISSIEUX FRANCE
Établissement géographique	690030689	CMP PIERRE BENITE	CMP PIERRE BENITE I11 5 rue jean bajard 69310 PIERRE BENITE FRANCE
Établissement		CMP-HDJ JEAN	CMP-HDJ JEAN DECHAUME I11

géographique	690030648	DECHAUME	Chls 165 chemin du grand revoyet 69310 PIERRE BENITE FRANCE
Établissement géographique	690028329	CMP-CATTP SAINTE FOY LES LYONS	CMP-CATTP SAINTE FOY LES LYONS I11 Ch sainte foy les lyons 78 chemin du montray 69110 STE FOY LES LYON FRANCE
Établissement géographique	690026059	CMP-CATTP ST SYMPHORIEN D'OZON	CMP-CATTP ST SYMPHORIEN D'OZON G27 3 rue de selins 69360 ST SYMPHORIEN D OZON FRANCE
Établissement géographique	690026018	UNITE PSY DE LIAISON	UNITE PSY DE LIAISON G26 9 rue professeur fleming 69700 GIVORS FRANCE
Établissement géographique	690025978	IRIS	13 rue victor hugo 69002 LYON 02 FRANCE
Établissement géographique	690025838	UPUL PAA	20 quai claudes bernard 69007 LYON 07 FRANCE
Établissement géographique	690012588	CMP-CATTP ADOLESCENT GIVORS	CMP-CATTP ADOLESCENT GIVORS I12 44 rue roger salengro 69700 GIVORS FRANCE
Établissement géographique	690007919	CMP-CATTP-HDJ TASSIN	CMP-CATTP-HDJ TASSIN G25 3 avenue general broset 69160 TASSIN LA DEMI LUNE FRANCE
Établissement géographique	690793112	CENTRE ATIS PAA	5 rue pizay 69001 Lyon FRANCE
Établissement géographique	690796024	CATTP-EQUIPE MOBILE DES CELESTINS PISR	8 impasse des celestins 69600 Oullins FRANCE

Les critères évalués

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

Secteur d'activité
 Electroconvulsivothérapie
 Santé mentale et psychiatrie

Population
 Enfants et adolescents
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **11** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **4** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **13** 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
- 3 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 2 prescription(s) d'isolement
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 1 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **14** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

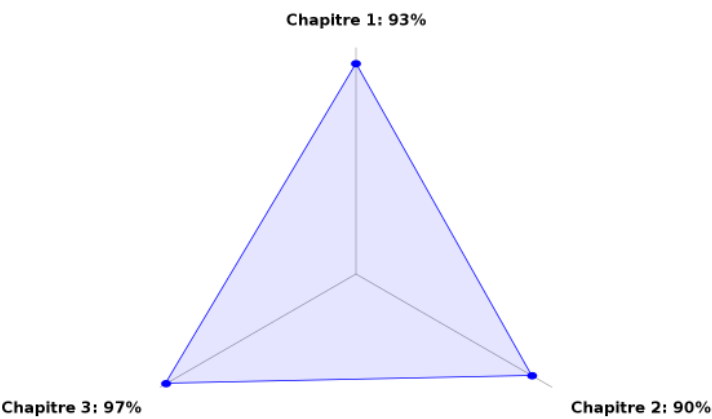
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la 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	90%
Chapitre 3	L'établissement	97%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

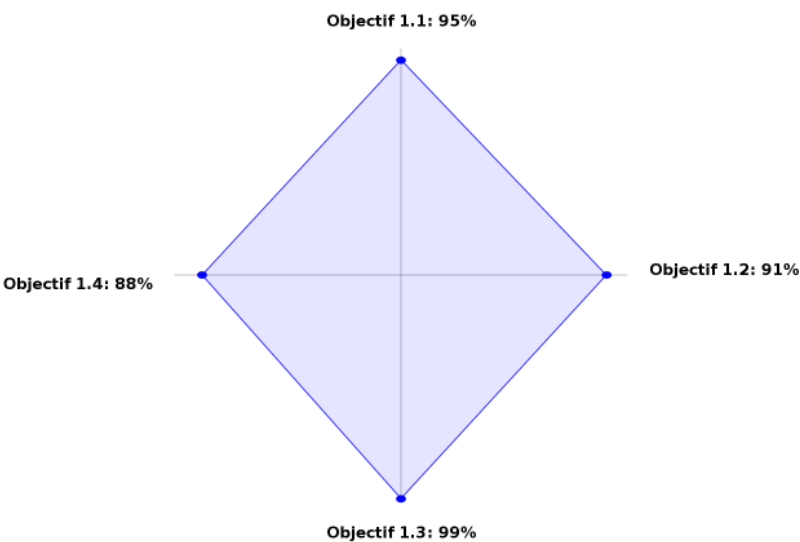
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	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	83%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	94%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	90%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	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	50%
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	71%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	0%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **93%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	95%
1.2	L'information du patient	91%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	99%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	88%

Synthèse du chapitre 1

Le patient pris en charge au sein du centre hospitalier Saint Jean de Dieu peut y trouver, dans le secteur adulte comme celui accueillant des mineurs, les conditions du respect de son intimité et de sa dignité. Les unités d'hospitalisation temps plein adulte sont ouvertes, y compris celles accueillant des soins sans consentement. Les conditions d'infrastructures permettent à tous une liberté de circulation même en situation de handicap. L'environnement des patients mineurs dans l'ensemble des espaces de l'intra ou de l'extra hospitalier est adapté à leurs besoins et à leur sécurité. Le constat du risque d'atteinte à l'intimité des patients dans l'unité Ulysse d'hospitalisation des adolescents du fait d'un vis-à-vis sur un espace de circulation extérieur a fait immédiatement l'objet d'une mesure corrective de la part de l'établissement. La pose de brise-vue pour les quelques chambres concernées est venue supprimer ce risque, par ailleurs limité du fait du peu de passage sur ce chemin extérieur. De même le risque d'atteinte à l'intimité du patient mineur dans l'espace dédié à l'isolement (EDI) soulevé lors du constat de la présence d'un oculus est de portée très limitée. Cet oculus est dans le sas d'entrée de l'EDI, masqué par un occultant amovible, en dehors de tout espace de circulation commun dans l'unité. Par ailleurs le mobilier de cet espace se limite à un lit. Cependant cette contrainte de confort est limitée dans le temps en raison des périodes courtes des mesures d'isolement. L'ensemble des patients rencontrés durant la visite, y compris pour ceux en situation de soins sans consentement, a témoigné spontanément de la bientraitance qu'ils reçoivent de la part des professionnels de l'établissement. Les parents des patients mineurs ont également confirmé cette dimension. La prise en charge de la douleur est assurée conformément aux bonnes pratiques d'évaluation et de réévaluation, selon les protocoles établis. Dans ce cadre le déclenchement de l'administration des prescriptions séquentielles se fait selon une valeur seuil précisée pour chaque prescription. L'accès du patient à son dossier est organisé. Les délais de transmission sont suivis et des mesures correctrices sont en cours de réalisation pour se mettre en conformité avec les attendus de la réglementation. La vigilance des professionnels sur le repérage effectif et la prise en charge des situations de maltraitance externe antérieure à la prise en charge ne se prolonge pas systématiquement d'une codification dans le programme de médicalisation du système d'information (PMSI). L'établissement ne procède pas à un recensement annuel de ces informations.

Le patient admis au sein de l'établissement, quelle que soit l'unité d'accueil, va y trouver les conditions favorables à sa bonne information pour sa prise en charge. Le livret d'accueil vient d'être réactualisé. Il précise beaucoup d'informations sur les règles de vie, les droits des patients, l'espace numérique santé, les engagements de l'établissement. Des plaquettes descriptives des différentes structures ambulatoires sont à disposition des patients qui y sont accueillis. Cependant dans ces espaces l'information donnée sur la conduite à tenir en dehors d'une séquence de prise en charge en cas d'événement indésirable ne se complète pas de la remise d'un document spécifique venant la rappeler. L'affichage réglementaire est présent dans toutes les unités. L'appropriation par les patients de la représentation des usagers reste inégale bien que celle-ci soit largement relayée par voie d'affichage dans l'établissement ou encore à la Maison des Usagers. La préparation de la sortie est largement anticipée pour en sécuriser au mieux les conditions.

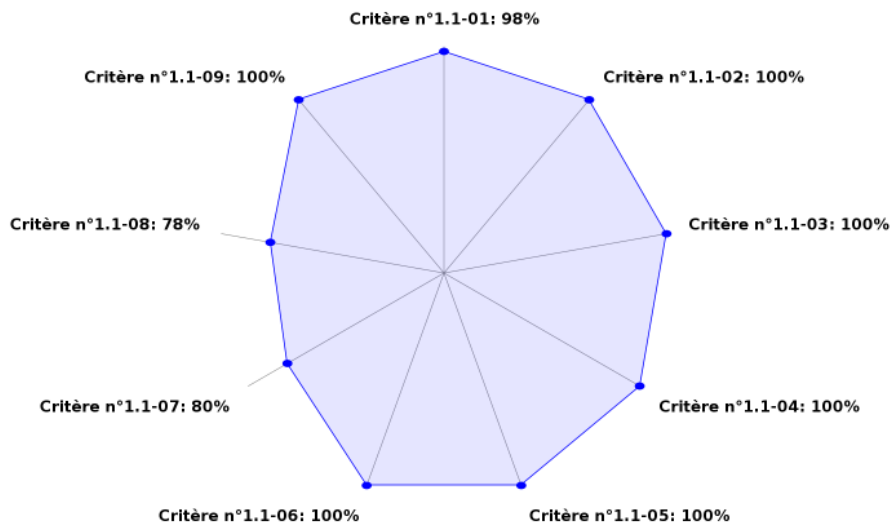
Le projet de soins est élaboré avec le patient pour établir les conditions du consentement éclairé. Celles-ci sont plus particulièrement formalisées avec un document d'information détaillé et signé pour les patients relevant d'une électroconvulsivothérapie (ECT). Les patients rencontrés lors de la visite ont tous évoqués l'attention des professionnels pour les accompagner et les impliquer dans leur projet de soins. Les parents des patients mineurs sont très impliqués dans la démarche de soins de leur enfant. Les besoins spécifiques pour les patients mineurs parfois très jeunes, ceux en situation de précarité ou de handicap ou encore pour les personnes âgées sont pris en compte dans la mise en œuvre de leur projet de soins. Les enjeux de maintien et de développement de l'autonomie ainsi que d'inclusion sociale y ont été retrouvés. L'implication des proches

est recherchée, dans le respect de la volonté du patient. Le recueil de la désignation de la personne de confiance est systématique comme cela a pu être constaté lors de la visite. Cependant l'aboutissement du processus de désignation de la personne de confiance avec la formalisation de son accord n'a pas toujours été retrouvée dans le dossier patient informatisé (DPI). Dans l'ensemble des espaces de l'établissement le patient a accès à des messages de santé publique par voie d'affichage mais aussi par la mise à disposition de documents relayant des informations utiles dans de nombreux domaines de la santé. Les publications « Santé BD » de présentation didactique très accessible sont à disposition des patients.

Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. Quatre patients-pairs interviennent auprès des patients et des professionnels de l'établissement. Ils participent, entre autres, à la construction et à l'évolution des programmes de réhabilitation psychosociale. Les représentants des usagers sont intégrés au comité de pilotage qualité qui se réunit tous les mois. Ils participent également au comité de pilotage immobilier. Ils avaient été associés à l'élaboration du projet d'établissement 2022-2029. Mais un projet des usagers n'est pas formalisé. Ils participent à l'évaluation de la satisfaction des patients. Le niveau de réponse aux enquêtes de satisfaction est faible. Une réflexion est en cours pour diversifier les modalités de recueil. La mise à disposition de « QR Code » dans divers lieux de l'établissement n'a pas encore apporté de résultats probants. Le système d'information (SI) actuel n'a pas permis le déploiement opérationnel de la démarche récente de recueil e-Satis de la satisfaction même si l'établissement recueille les adresses mail des patients. L'évolution du SI en mars 2026 en ouvrira les conditions de réalisation. L'appropriation des informations relatives aux plaintes et réclamations, aux possibilités de médiation ou encore à la déclaration des événements indésirables, pourtant mentionnées dans le livret d'accueil et sur l'affichage dans chaque unité, a été inégalement retrouvée lors des échanges avec les patients en visite.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

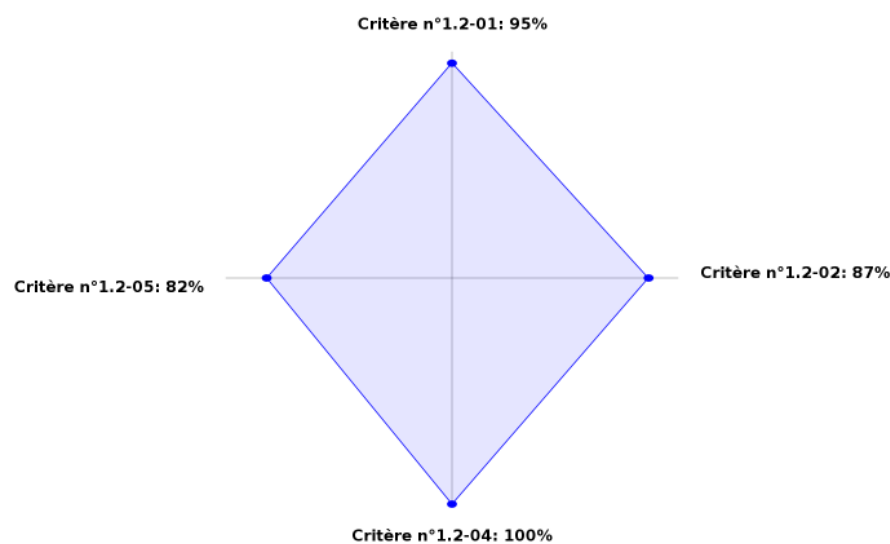
Score de l'objectif **95%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge 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	78%
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

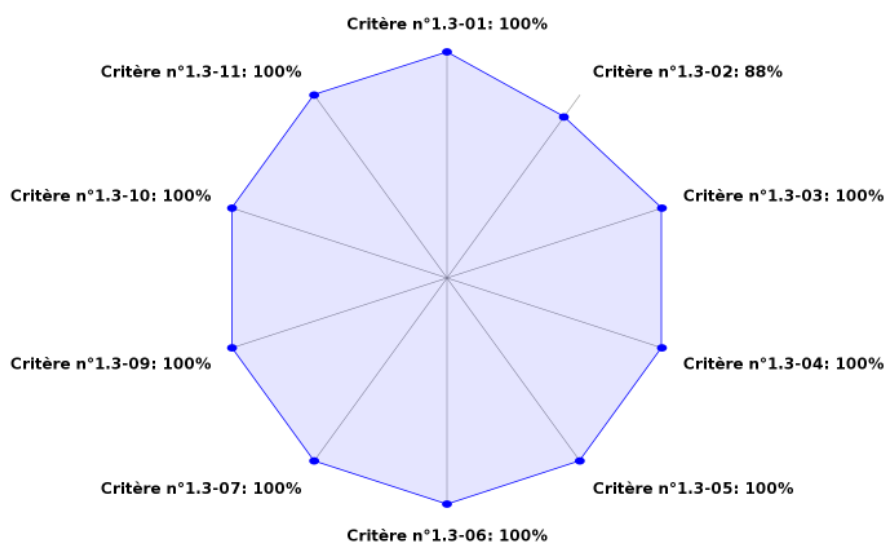
Score de l'objectif **91%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	95%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	87%
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.	82%

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

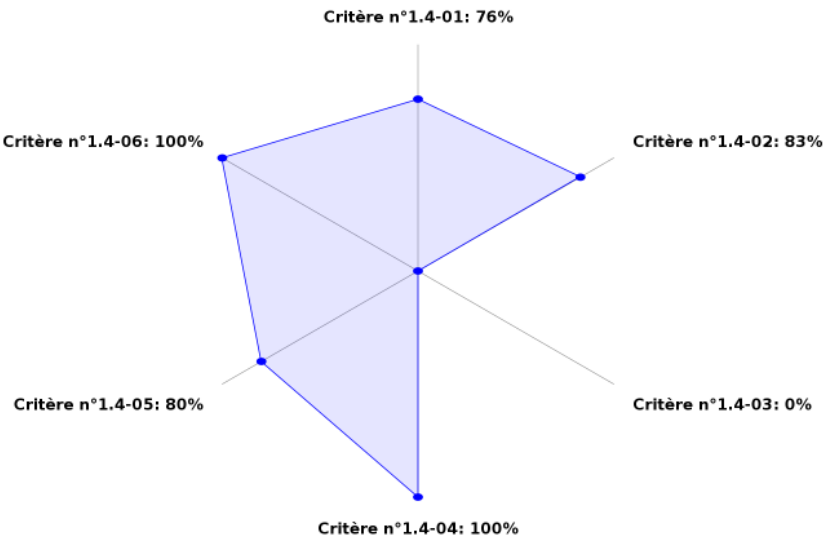
Score de l'objectif **99%**



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	88%
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%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	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 **88%**

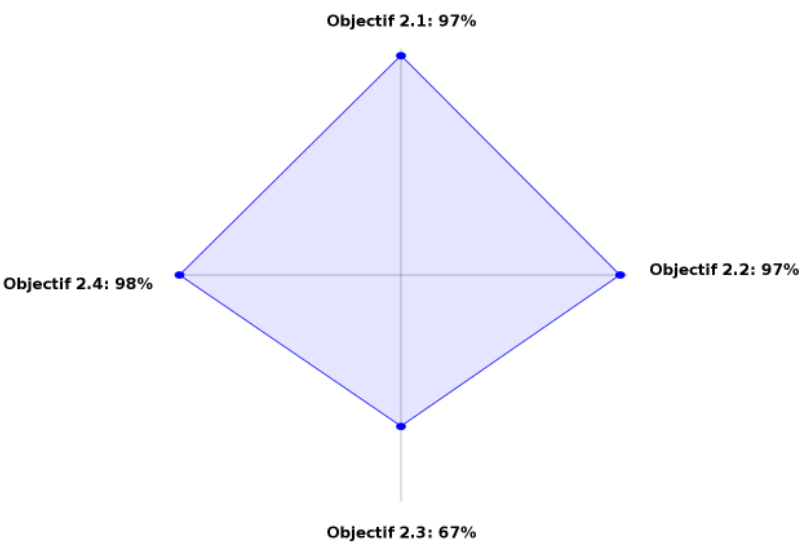


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	76%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	83%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
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	80%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	97%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	97%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	67%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	98%

Synthèse du chapitre 2

Les enjeux de coordination pour la prise en charge des patients sont assurés dans l'ensemble du périmètre de responsabilité de l'établissement, en intra comme en extra hospitalier. Cette coordination trouve son prolongement auprès des différents partenaires, comme dans le cadre de la régulation des urgences psychiatriques sur le territoire, ou encore celle relative aux personnes âgées. Les unités d'ambulatoire mettent en œuvre des dispositions pour faciliter l'accès précoce aux soins, malgré un contexte général très contraint. Les comptes-rendus de consultation dans les structures ambulatoires ne sont pas versés dans le dossier médical partagé. Mais Le SI permet une accessibilité du DPI à tous les acteurs impliqués dans la prise en charge. L'installation programmée en mars 2026 d'une solution informatique plus performante a été anticipée pour impliquer les professionnels à la définition de son organisation. Elle fera l'objet d'un accompagnement à son ouverture. Les médecins généralistes du département pôle de médecine polyvalente assurent l'évaluation somatique des patients selon les délais attendus à l'admission en fonction de leur mode d'hospitalisation. Ils répondent à leurs besoins de prise en charge somatique tout au long de leur hospitalisation. Les besoins éventuels sur le plan diététique sont évalués par les professionnels et pris en compte avec l'appui de la diététicienne si nécessaire. Les caractéristiques nutritionnelles des repas sont régulièrement évaluées selon un programme annuel défini au niveau de l'établissement. Pour assurer la continuité des soins la lettre de liaison est remise au patient conformément aux attendus. Mais le logiciel actuel porteur du dossier patient informatisé (DPI) ne facilite pas la remontée des informations de la prise en charge somatique dans la lettre de liaison, comme cela a pu être constaté lors des évaluations. Cependant, pour des situations où un enjeu important de continuité de prise en charge devait être assuré, la trace de ces informations a pu y être retrouvée. Le département d'information médicale sensibilise les médecins pour que ces informations soient, dans le cours de l'hospitalisation, reportées dans les espaces dédiés du DPI prévus pour leur remontée automatique dans la lettre de liaison. Les enjeux de prévention du risque suicidaire sont identifiés depuis le début de la prise en charge du patient dans l'ensemble des secteurs de l'établissement. Ils sont régulièrement réévalués tout au long du suivi, notamment autour de séquences particulières telles que les départs ou les retours d'autorisation d'absence. Les professionnels disposent d'outils partagés pour cette évaluation. La conciliation médicamenteuse est engagée au sein de l'établissement sur la cible des nouveaux entrants. Le niveau de réalisation est peu élevé, compte tenu des ressources humaines disponibles. Une extension de la démarche auprès des profils les plus à risque n'est pas encore programmée.

Les enjeux de maîtrise des risques liés aux pratiques sont pris en compte de manière effective au sein de l'établissement. L'identification des patients est sécurisée conformément à ce qui est défini dans la charte d'identitovigilance avec une organisation opérationnelle pour la qualification de l'identité nationale de santé (INS) et le traitement des éventuelles non-conformités. Le circuit du médicament est sécurisé à toutes ces étapes. La prescription se fait exclusivement sur le DPI avec des aides éventuelles à la décision et des alertes visuelles en cas d'associations à risque. Les avis pharmaceutiques issus de l'analyse pharmaceutique de niveau 1 et 2 au niveau de la pharmacie à usage intérieur (PUI) sont pris en compte par les praticiens. Les problèmes éventuels de rupture d'approvisionnement extérieur sont gérés. Les conditions de transport et de stockage des produits de santé sont sécurisées. Les conditions de conservation des médicaments thermosensibles sont respectées et contrôlées. Cependant il a aussi pu être observé dans certaines unités l'absence dans les réfrigérateurs de séparateurs de rangement des produits de santé. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments ont pu être observées, particulièrement sécurisées au niveau de cette étape par le choix retenu d'une préparation administration validation immédiate (PAVI) sans préparation de pilulier. Il a pu être constaté la sensibilisation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuse, avec des mises en situation virtuelle dans le cadre d'une « pharmacie des erreurs ». Bien qu'il y ait pu être observé quelques écarts isolés de non-respect de l'hygiène des mains, du fait de port de bague ou encore dans une unité de la

méconnaissance par les professionnels du taux de consommation de solution hydro-alcoolique, les bonnes pratiques de mise en œuvre des précautions standards et complémentaires d'hygiène ont pu être constatées. L'équipe d'hygiène opérationnelle est très impliquée dans la sensibilisation, l'accompagnement des professionnels et l'évaluation régulière des pratiques dans ce domaine. Les professionnels sont en capacité de répondre aux éventuelles situations d'urgence vitale. Au-delà de la conformité de leur formation aux gestes de soins urgents, ils participent à des exercices de simulation. Les dispositifs d'urgence sont régulièrement contrôlés. Les mises en situation réelles sont tracées et analysées. Les pratiques de radiologie standard réalisées au sein de l'établissement sont encadrées conformément aux attendus de sécurité de la réglementation et de traçabilité des doses délivrées dans les comptes-rendus d'examen.

La pratique de l'électroconvulsivothérapie (ECT) est sécurisée. Elle se fait dans un cadre dédié répondant aux enjeux de sécurisation pour la réalisation de l'acte et son suivi immédiat. L'indication médicale est argumentée et fait référence aux différents protocoles de réalisation de première intention ou de consolidation. Des réunions de concertation pluridisciplinaires sont réalisées lorsque la réflexion bénéfique risque soulève des interrogations plus particulières. Le patient est systématiquement informé de cette réflexion pour être en mesure de donner son accord formalisé. Les étapes préalables à l'anesthésie et la réalisation de celle-ci sont effectuées conformément à la réglementation. Le psychiatre assure la réalisation de la séance d'ECT qui fait l'objet d'un compte-rendu spécifique. La surveillance post-critique est assurée dans un espace dédié de surveillance de soins post-interventionnels (SSPI) par du personnel soignant formé. Un espace intermédiaire de repos, après validation par le médecin anesthésiste de l'autorisation de sortie de SSPI, complète cette surveillance avant le retour dans l'unité de soins. La pratique de l'ECT, portée par l'unité de neuromodulation de l'établissement, ne s'accompagne pas d'une démarche globale d'évaluation de l'activité au-delà de celle qui est faite au cas-par-cas pour chacun des patients qui en bénéficie.

En psychiatrie générale, les décisions d'isolement éventuellement associées à une mesure de contention sont prises conformément aux attendus de la réglementation en termes de prescription médicale, d'examen somatique, de surveillance, et de réévaluation.

L'isolement se fait dans des espaces dédiés qui garantissent pour les patients un accès à la lumière, à l'eau et aux toilettes ainsi qu'à un repère temporel. Le patient dispose d'un dispositif d'appel malade fixé au montant du lit accessible en cas de contention, en complément de celui apposé sur un mur. Un espace douche est accessible dans le sas en fonction de l'état clinique du patient.

Les chambres d'isolement disposent d'un accès extérieur sécurisé.

Une enquête sur l'expérience patient en isolement est en cours de réalisation. Un questionnaire d'auto-évaluation du vécu du patient est proposé lors de la sortie de cette période d'isolement.

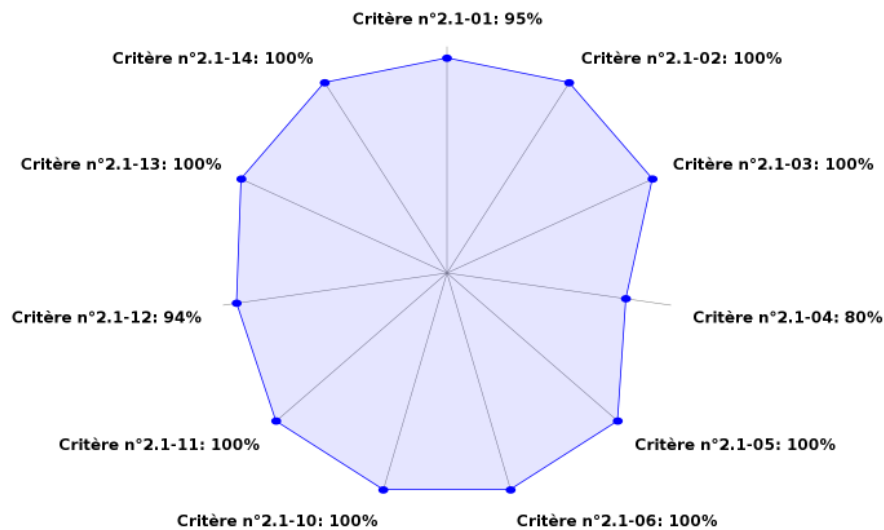
En pédopsychiatrie, l'unité Ulysse qui accueille des adolescents dispose également d'un espace dédié à l'isolement pour répondre à des nécessités cliniques et un besoin du territoire. Les indications et les modalités de surveillance, bien qu'en écart avec la réglementation en vigueur, sont identiques avec celles du secteur adulte. Elles sont complétées d'une information en temps réel des parents de toute décision d'isolement et de leur accord. Les mesures d'isolement et de contention prises dans cette unité de pédopsychiatrie intègrent le rapport annuel transmis à l'ARS (en 2024, 13 mineurs mis en isolement pour une durée moyenne inférieure à 72 heures. Ces chiffres sont en diminution par rapport à 2023). Ces indicateurs sont également suivis en CME et en CDU. Ce sujet fait l'objet d'une politique de moindre recours intégrant la formation des professionnels et partagée avec les autres établissements du territoire.

Les protocoles de soins mis en œuvre dans l'établissement intègrent régulièrement les recommandations des bonnes pratiques cliniques en fonction de leurs évolutions. Les professionnels rencontrés n'ont pas toujours été en mesure d'évoquer les indicateurs d'évaluation des résultats cliniques des patients ou de pertinence des parcours. Cependant les indicateurs d'alerte, en particulier des séjours de plus de trois mois, sont recueillis. Ces situations font l'objet d'une analyse régulière partagée au niveau des pôles et des unités dans le cadre

d'une réflexion pluriprofessionnelle. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont présentés aux différentes instances du centre hospitalier et diffusés à l'ensemble de l'établissement. Ils sont relayés par l'encadrement pour leur analyse et la mise en œuvre des actions correctives dans chacune des unités. Les mesures éventuelles de restriction de liberté, exclusivement corrélées à l'état clinique d'un patient, sont systématiquement prescrites médicalement. De portée limitée et réduite dans le temps, elles font l'objet d'une surveillance et d'une réévaluation systématique. La mise en place de réunions de coordination en visio-conférence, ou encore l'attribution de vélos pour certaines équipes mobiles, rend compte de solutions favorisant le déroulement des soins en limitant les déplacements ou en les facilitant à un moindre coût. A ce titre cela s'inscrit également dans une démarche de développement de soins éco-responsables.

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

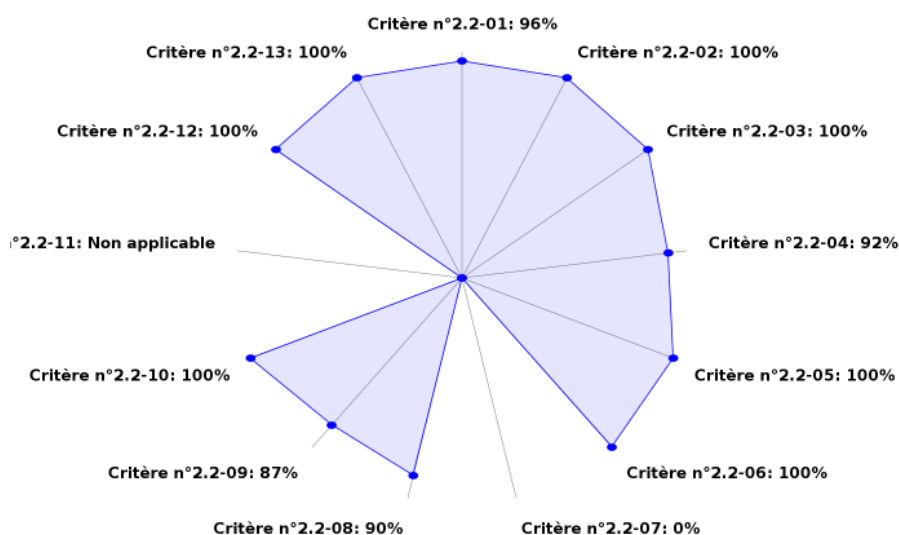
Score de l'objectif **97%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	95%
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	80%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-10	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	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	94%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **97%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	96%
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	92%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	90%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	87%
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 2.3 : 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 **67%**

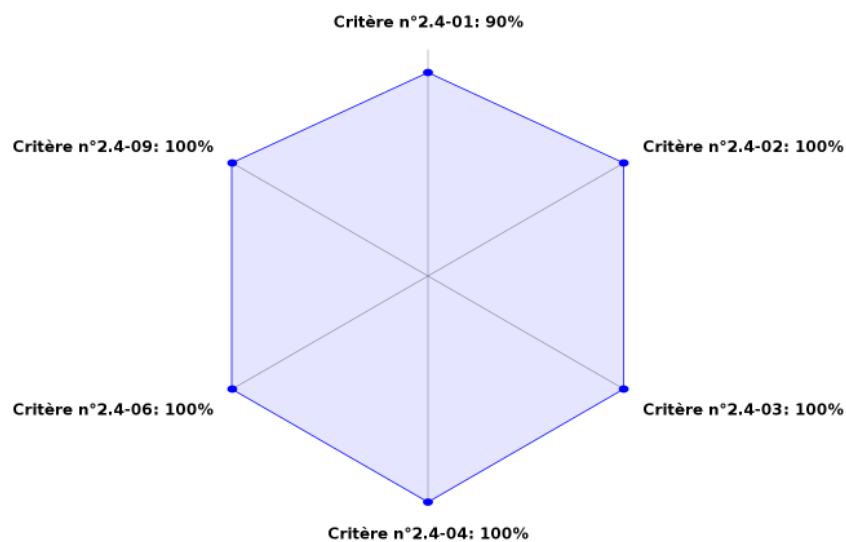
Critère n°2.3-14: 50%

Critère n°2.3-15: 83%

Critères		
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	50%
2.3-15	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie	83%

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

Score de l'objectif **98%**

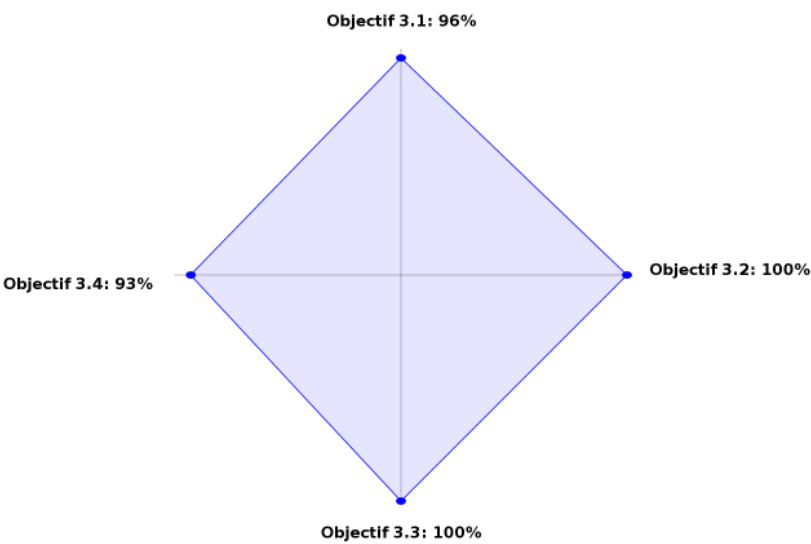


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	90%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des 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	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **97%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	96%
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	93%

Synthèse du chapitre 3

La politique qualité de l'établissement est construite sur la base des actions du programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (PAQSS) issues des évaluations continues et de l'analyse des événements indésirables, des instances et des indicateurs internes et nationaux. Elle est régulièrement présentée aux instances. La dernière révision en date de janvier 2026. Elle a été diffusée à l'ensemble des professionnels sous la forme de Flash Qualité et par diffusion dans les unités. Les médecins de la CME participent à toutes les instances qualité. Un comité de pilotage qualité se réunit tous les mois. La cellule qualité regroupant la gouvernance qualité, l'offre de soins et les chefs de service de l'intra et de l'extra hospitalier se réunit de manière hebdomadaire pour traiter tous les enjeux d'analyse, de coordination et d'accompagnement de l'encadrement dans le domaine de la qualité et la sécurité des soins. La réorganisation du pilotage de la qualité en octobre 2025 s'est accompagnée d'une refonte très aboutie du système de signalement des événements indésirables (EI) et de suivi de leur analyse jusqu'à la définition des plans d'action. Ces effets du fait d'une appropriation effective par les professionnels et la visibilité des retours qui leur sont faits se sont traduits par une hausse importante des déclarations. L'écart qui a pu être constaté lors d'une évaluation ne portait en aucune manière sur l'analyse aboutie de l'événement indésirable mais seulement sur une interprétation inexacte du circuit de déclaration auprès de l'ARS. Lors des rencontres avec les professionnels des unités, ceux-ci n'ont pas rendu compte de formation à l'annonce d'un dommage lié aux soins. Celles-ci sont inscrites au plan de formation 2026. Le plan blanc de l'établissement est actualisé en particulier en fonction des évolutions de son environnement extérieur. La cellule de crise est opérationnelle. Elle procède à des exercices. Une situation récente a été l'occasion de se confronter à une crise réelle et d'en tirer des enseignements. La réflexion éthique au sein de l'établissement est organisée. Elle est animée par le conseil d'éthique en psychiatrie (CEEP) qui se réunit régulièrement. Des liens sont établis avec l'espace éthique régional. Un état des lieux du questionnement éthique a pu être réalisé à l'occasion de la semaine éthique réalisée dans l'établissement en février 2025.

L'établissement déploie sa politique des maîtrises des ressources humaines (RH) et des compétences en s'appuyant sur des indicateurs mensuels et le bilan social. Les instances représentatives de l'établissement sont impliquées dans cette démarche qui prend en compte les enjeux de qualité de vie et conditions de travail et de prévention de la santé des professionnels. La maquette organisationnelle décrit la répartition des effectifs par pôle avec la précision d'effectifs minimum. Les éléments de suivi sont partagés dans les instances de pilotage pour ajuster l'activité aux capacités de soutien de celle-ci. Ainsi la capacité de l'unité d'hospitalisation temps plein des adolescents a été réduite pour assurer la continuité des soins dans des conditions satisfaisantes de qualité et de sécurité. Les responsables de l'encadrement bénéficient d'un parcours managérial et partagent leurs expériences. La situation des ressources humaines ainsi que les aspects relatifs aux événements indésirables font l'objet pour chacun des pôles d'un dialogue avec la chefferie de l'établissement. Le plan de formation se déploie en fonction des objectifs stratégiques définis en lien avec l'activité et des obligations réglementaires. Le recueil des besoins est réalisé par les encadrants dans le cadre de l'entretien annuel avec les professionnels. La formation de professionnels à la gestion des risques est un axe fort de cette politique RH (Formation pour la prise en soins en psychiatrie, Simulation en santé en partenariat avec le centre hospitalier spécialisé de Chambéry, Ateliers psychopharmacologie pour les médecins et les infirmiers en pratique avancée, ainsi que les infirmiers) visant à favoriser le travail en équipe. Les dispositifs de résolution des difficultés interpersonnels sont en place en lien avec le service de santé et de prévention au travail. Les professionnels en difficulté peuvent bénéficier d'une ligne d'écoute et le cas échéant d'un accompagnement personnalisé.

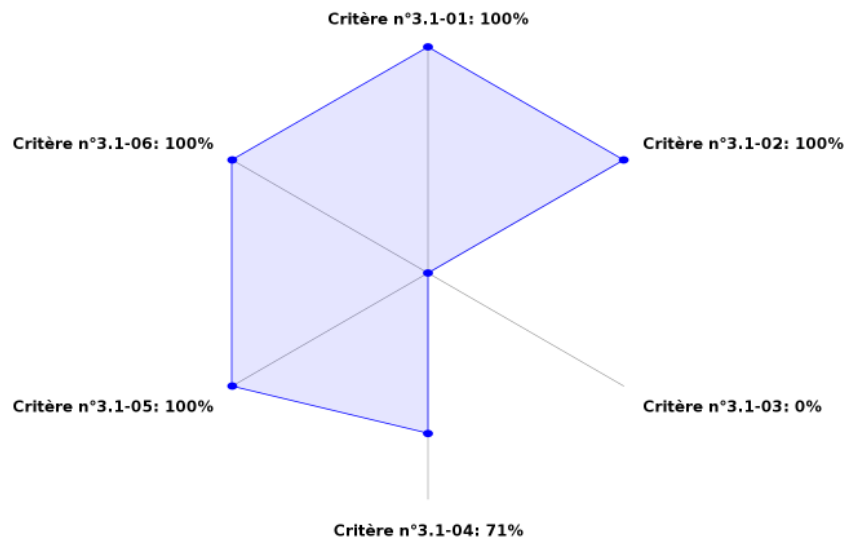
Le centre hospitalier Saint Jean de Dieu déploie son activité sur 20 sites de psychiatrie adulte et 29 sites de

psychiatrie infanto juvénile répartis dans le Sud et l'Ouest du département du Rhône et le 7^{ème} arrondissement de Lyon. Il est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM). Il participe aux travaux de plusieurs communautés professionnelles de santé, aux conseils locaux de santé CLS et conseils locaux de santé mentale (CLSM) dans son territoire. Il est acteur au sein du groupement de coopération sanitaire du centre de ressource autisme (GCSMS CRA). L'établissement déploie ses parcours de soins sur l'ensemble de son territoire en déployant des filières identifiées au regard de son projet d'établissement. Elles concernent la filière gériatrique, la réhabilitation psycho-sociale, la périnatalité, le repérage des troubles du spectre neurodéveloppemental ou encore celui du repérage des troubles du déficit de l'attention. L'établissement participe à la régulation de la filière des urgences psychiatriques dans le cadre d'un protocole avec le centre hospitalier le Vinatier et le centre hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or. Il déploie des équipes mobiles dans le cadre du suivi de prise en charge d'un premier épisode psychotique ou encore de réhabilitation psychosociale avec des infirmières coordinatrices de parcours. L'organisation de la filière du sujet âgé et son équipe mobile favorise la fluidité de la prise en charge de ces patients avec les différentes structures concernées tout en limitant au mieux le passage dans les services d'urgence en cas de nécessité. L'établissement abrite une fédération de recherche avec une équipe pluridisciplinaire engagée dans des projets régionaux ou nationaux. Il répond aux besoins de formation du territoire pour les étudiants en santé selon des modalités structurées et partagées au niveau du territoire.

L'établissement répond aux enjeux actuels du développement durable et du numérique en santé. Il doit soutenir l'entretien d'un parc immobilier important. Cela se décline dans un schéma directeur d'infrastructure dans un contexte financier contraint qui en freine le déroulement sur les installations de l'hospitalisation complète. La réinstallation récente de l'unité Madeleine Brès traduit cet effort. La situation d'autres unités comme celles de l'Orangerie ou encore de Saint Exupéry sont plus difficiles à entretenir du fait de leur vétusté et restent en attente de travaux d'amélioration. Les travaux de rénovation entrepris s'inscrivent dans une démarche de développement durable. L'installation géothermique récente pour améliorer la performance du chauffage des bâtiments en limitant les consommations d'énergie répond à cet enjeu. Cette démarche se décline également dans la politique d'achat de l'établissement, la réduction des consommations d'énergie, le tri des déchets et la réduction de leur volume. Des actions de sensibilisation sont menées auprès des professionnels des unités, mais ceux rencontrés lors de la visite sur ce sujet ne connaissaient pas le référent développement durable de l'établissement. L'établissement est engagé dans le déploiement de la télésanté dans un cadre conforme aux attendus répondant aux enjeux de sécurisation, de formation et de mise à disposition de moyens. Cela concerne des besoins de l'établissement en téléexpertise pour l'interprétation des examens de radiologie standard et des électrocardiogrammes. Mais les professionnels délivrent également des avis en téléexpertise dans le domaine de la santé mentale au profit des médecins généralistes du territoire.

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

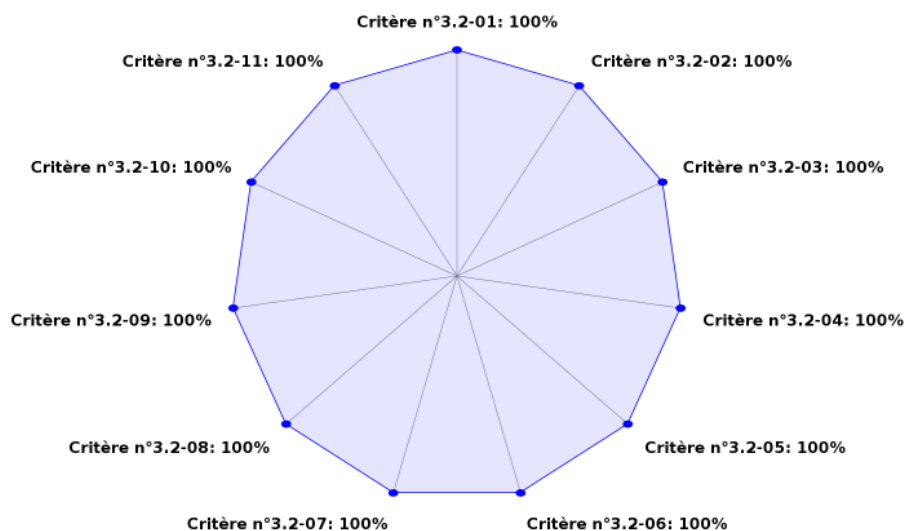
Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	0%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	71%
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

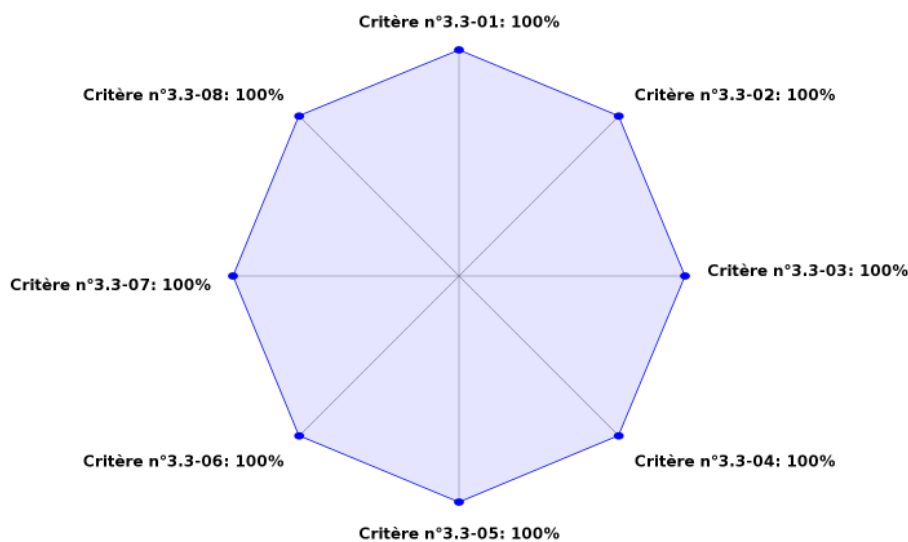
Score de l'objectif **100%**



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	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	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

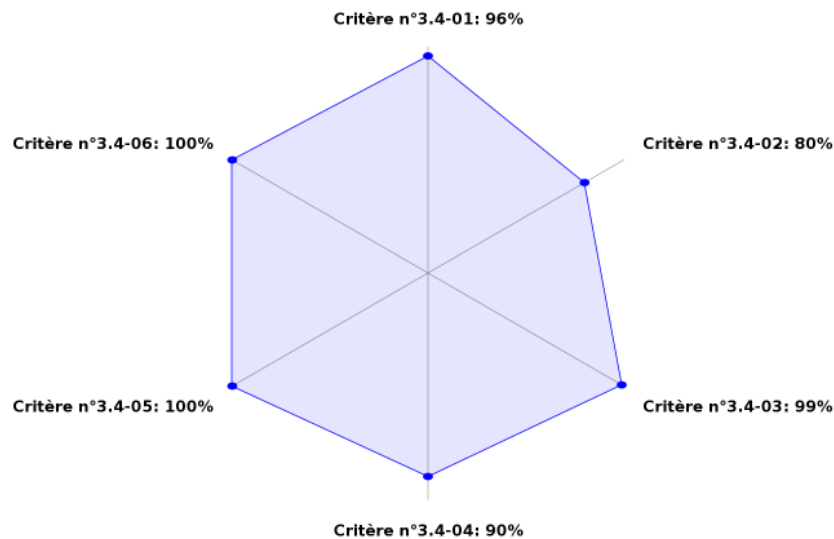
Score de l'objectif **100%**



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 **93%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	96%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	80%
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	90%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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

