



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



## Rapport de visite

CENTRE DE REEDUCATION NEUROLOGIQUE MUTUALISTE PROPARG

263 RUE DU CADUCEE

PARC EUROMEDECINE

34090 Montpellier FRANCE

12/2024

N° de démarche: 32096

Lauriane GICQUEL  
Marie-Claude CHAMBON  
Romain CARRON  
Auréliine ARDOUREL

# Table des matières

|                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préambule                                                                                                                                                              | 2  |
| Présentation                                                                                                                                                           | 4  |
| Champ d'application                                                                                                                                                    | 8  |
| Résultats de la visite de certification                                                                                                                                | 9  |
| Chapitre 1 : Le patient                                                                                                                                                | 10 |
| Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.                                                                                               | 12 |
| Objectif 1.2 : Le patient est respecté.                                                                                                                                | 13 |
| Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient                                                  | 14 |
| Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge                                            | 15 |
| Chapitre 2 : Les équipes de soins                                                                                                                                      | 16 |
| Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe                                                           | 20 |
| Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge | 21 |
| Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques                                                                                               | 22 |
| Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle                                            | 23 |
| Chapitre 3 : L'établissement                                                                                                                                           | 24 |
| Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire                                                                  | 30 |
| Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement                                                                   | 31 |
| Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership                                                                                                                | 32 |
| Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences                                                                       | 33 |
| Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance                                            | 34 |
| Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté                                             | 35 |
| Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins                                                                 | 36 |

## 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 (des pairs) 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.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

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.

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 en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

### **Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS et les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...**

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

### **... et sur des méthodes**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

### **Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de certification. Le rapport de certification est structuré en trois chapitres :

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. 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 au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre 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.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement.

### **Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base de ce rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et d'observations de l'établissement, la HAS rédige un pré-rapport mentionnant les résultats de chaque critère, les analyses et les justifications de la commission de certification. Sur la base de ces éléments, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer deux types de décision :

- une décision de certification valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure de certification dans un délai maximum de deux ans

La HAS peut également décider de surseoir à statuer. Une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre 6 et 18 mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS prononce une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement. L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

## Présentation

| CENTRE DE REEDUCATION NEUROLOGIQUE MUTUALISTE PROPARG |                                                                     |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Adresse                                               | 263 RUE DU CADUCEE<br>PARC EUROMEDECINE<br>34090 Montpellier FRANCE |
| Département / Région                                  | Hérault / Occitanie                                                 |
| Statut                                                | Privé                                                               |
| Type d'établissement                                  | Établissement de santé privé d'intérêt collectif                    |

### Liste des établissements rattachés à cette démarche

| Type de structure       | N° FINESS | Nom de l'établissement                                      | Adresse                                                             |
|-------------------------|-----------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Établissement juridique | 340013028 | UNION MUTUALISTE PROPARG                                    | 263 RUE DU CADUCEE<br>PARC EUROMEDECINE<br>34090 Montpellier FRANCE |
| Établissement principal | 340001064 | CENTRE DE REEDUCATION<br>NEUROLOGIQUE MUTUALISTE<br>PROPARG | 263 RUE DU CADUCEE<br>PARC EUROMEDECINE<br>34090 Montpellier FRANCE |

### Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 10/12/2024 (détail en annexe 3)

| Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil                                                                                            | Valeur |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Autorisations                                                                                                                                    |        |
| Urgences                                                                                                                                         |        |
| Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation                                                                                               | Non    |
| Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation) | Non    |
| Existence de Structure des urgences générales                                                                                                    | Non    |
| Existence de Structure des urgences pédiatriques                                                                                                 | Non    |
| Hospitalisation à domicile                                                                                                                       |        |
| Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)                                                      | Non    |
| Autorisation de Médecine en HAD                                                                                                                  | Non    |
| Autorisation d' Obstétrique en HAD                                                                                                               | Non    |
| Autorisation de SMR en HAD                                                                                                                       | Non    |
| Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD                                                                                                 | Non    |
| Tout l'établissement                                                                                                                             |        |
| Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement                                                            | Non    |
| Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI                                                                     | Oui    |
| Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse                                                                | Non    |

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| SAMU-SMUR                                                                                    |     |
| Existence de SMUR général                                                                    | Non |
| Existence de SMUR pédiatrique                                                                | Non |
| Existence d'Antenne SMUR                                                                     | Non |
| Existence d'un SAMU                                                                          | Non |
| Soins critiques                                                                              |     |
| Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)      | Non |
| Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)                                           | Non |
| Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)                                    | Non |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte                                        | Non |
| Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant                                        | Non |
| Médecine                                                                                     |     |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre   | Non |
| Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)                  | Non |
| Patient atteint d'un cancer                                                                  |     |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie                     | Non |
| Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie) | Non |
| Chirurgie et interventionnel                                                                 |     |
| Autorisation de Chirurgie cardiaque                                                          | Non |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie                                     | Non |
| Autorisation de Neurochirurgie                                                               | Non |
| Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie                                      | Non |
| Autorisation d'Activité de greffe                                                            | Non |
| Activité Urgences                                                                            |     |
| Urgences                                                                                     |     |
| Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans       | 0   |
| Nombre de passages aux urgences générales                                                    | 0   |
| Nombre de passages aux urgences pédiatriques                                                 | 0   |
| SAMU-SMUR                                                                                    |     |
| Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)                                              | 0   |
| Activité Hospitalière MCO                                                                    |     |
| Soins de longue durée                                                                        |     |
| Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie             | 0   |

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| Médecine                                                                 |    |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine                    | 0  |
| Chirurgie et interventionnel                                             |    |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie                   | 0  |
| Maternité                                                                |    |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique     | 0  |
| Ambulatoire                                                              |    |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine                | 0  |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie               | 0  |
| Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique | 0  |
| Tout l'établissement                                                     |    |
| Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine               | 0  |
| Enfant et adolescent                                                     |    |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie                   | 0  |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie               | 0  |
| Patient âgé                                                              |    |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie                   | 0  |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie               | 0  |
| Urgences                                                                 |    |
| Nombre de lit en UHCD                                                    | 0  |
| Activité Hospitalière SMR                                                |    |
| Soins Médicaux et de Réadaptation                                        |    |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR                         | 60 |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR                     | 8  |
| Activité Hospitalière SLD                                                |    |
| Soins de longue durée                                                    |    |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD                         | 0  |
| Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)                            |    |
| Chirurgie et interventionnel                                             |    |
| Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)                         | 0  |
| Activité Hospitalière PSY                                                |    |
| Psychiatrie et santé mentale                                             |    |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein   | 0  |

|                                                                                       |   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein        | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein | 0 |
| Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein                   | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour                      | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour              | 0 |
| Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour       | 0 |
| Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour                         | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie générale                                               | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile                                       | 0 |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire                                | 0 |
| Nombre Total de CATTP en Psychiatrie                                                  | 0 |
| Nombre de CMP en Psychiatrie générale                                                 | 0 |
| Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile                                         | 0 |
| Nombre Total de CMP en Psychiatrie                                                    | 0 |
| Sites opératoires et salles d'intervention                                            |   |
| Chirurgie et interventionnel                                                          |   |
| Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)          | 0 |
| Ambulatoire                                                                           |   |
| Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire                                   | 0 |
| Activité Hospitalière HAD                                                             |   |
| Hospitalisation à domicile                                                            |   |
| Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD             | 0 |

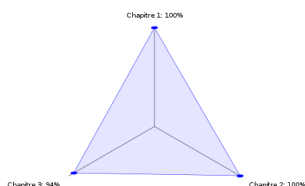
## Champ d'application

| Champ d'application               |
|-----------------------------------|
| Adulte                            |
| Ambulatoire                       |
| Hospitalisation complète          |
| Maladie chronique                 |
| Médecine                          |
| Pas de situation particulière     |
| Patient âgé                       |
| Patient atteint d'un cancer       |
| Patient en situation de handicap  |
| Patient en situation de précarité |
| Programmé                         |
| Soins Médicaux et de Réadaptation |
| Tout l'établissement              |

## Résultats de la visite de certification

Le référentiel est composé de 97 critères.

Au regard du profil de l'établissement, 97 critères lui sont applicables.



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

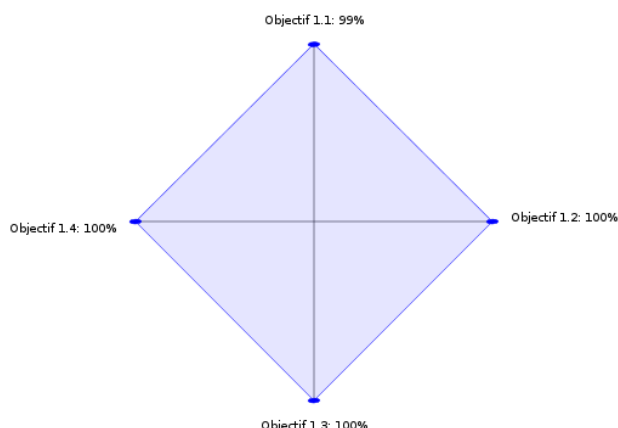
**97,85%**

| Chapitre   |                      |
|------------|----------------------|
| Chapitre 1 | Le patient           |
| Chapitre 2 | Les équipes de soins |
| Chapitre 3 | L'établissement      |

| Critères | Résultats des critères impératifs                                                                                         | Score |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1.1-03   | Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités                             | 100%  |
| 1.2-01   | Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité                                                          | 100%  |
| 1.2-08   | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur                                      | 100%  |
| 2.3-06   | Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque                                                             | 100%  |
| 2.3-11   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires          | 99%   |
| 2.4-04   | Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés. | 100%  |
| 3.2-06   | L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein                                                                  | 100%  |
| 3.3-01   | La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins                                               | 100%  |
| 3.6-01   | La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée                          | 90%   |
| 3.6-05   | La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement                                  | 100%  |
| 3.7-03   | L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins                             | 100%  |

| Critères | Résultats des critères avancés                                                                                         | Score          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 2.2-07   | La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux | 100%           |
| 3.2-02   | L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients                                                          | 100%           |
| 3.4-02   | La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe                       | 50%            |
| 3.7-06   | L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement                                  | Non Applicable |

## Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre  
**100%**  
du score maximal

| Objectifs |                                                                                                              |      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1,1       | Le patient est informé et son implication est recherchée.                                                    | 99%  |
| 1,2       | Le patient est respecté.                                                                                     | 100% |
| 1,3       | Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient       | 100% |
| 1.4       | Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge | 100% |

Le patient hospitalisé au Centre Mutualiste neurologique Propara (CMP) est informé sur ses droits dès son arrivée. Il reçoit un livret d'accueil dont une version dématérialisée accompagnée de l'ensemble des pièces constitutives du dossier administratif lui est adressée via un QRCode avant son admission en hôpital de jour. La charte de la personne hospitalisée est affichée ainsi que la charte Romain Jabob dont l'établissement est signataire.

Le patient dispose en divers points de l'établissement de l'accès à des messages de santé publique et de prévention primaire sous forme de brochures et d'affichages : tabagisme, addiction, vaccination, dénutrition. Les facteurs de risque individuels sont recherchés. Le patient blessé médullaire se voit proposer un diagnostic éducatif à l'issue duquel il peut lui être proposé d'intégrer le programme d'éducation thérapeutique dédié. Le patient témoigne se sentir impliqué dans sa prise en charge. Il peut bénéficier de séances d'éducation aux autosoins tels que le sondage urinaire. Le patient bénéficiant de précautions complémentaires connaît les règles d'hygiène pour lui-même ou pour ses proches.

Le consentement du patient est systématiquement recherché par les professionnels qui le prennent en charge qu'il s'agisse de son mode d'hospitalisation, de ses soins, des objectifs de rééducation.

Le patient est informé sur son droit à désigner une personne de confiance. Le formulaire prévoit un remplissage par le patient et la personne désignée le cas échéant. La majorité des patients rencontrés étaient informés sur leur droit à rédiger leurs directives anticipées. L'information leur est transmise par l'infirmier(ère) chargé(e) de leur accueil le premier jour d'hospitalisation. S'il émet le souhait de rédiger ses directives anticipées, le patient est orienté vers le médecin référent. Lorsqu'elles sont rédigées, les directives anticipées sont intégrées au dossier du patient.

Le patient connaît le rôle du représentant des usagers et les modalités pour le contacter. Il est informé des modalités de recueil de sa satisfaction (questionnaire interne), du dispositif esatis, du circuit pour le signalement d'une réclamation ou d'un événement indésirable.

L'intimité et la dignité du patient sont respectées. Les portes des chambres sont maintenues fermées sauf demande du patient ; la conception architecturale permet de ne pas rendre visible la salle de bain.

Les capacités du patient sont recherchées dès l'amont de son hospitalisation en lien avec le service adresseur et permettent aux

équipes d'adapter les équipements de la chambre avant l'arrivée du patient pour favoriser son autonomie et sa sécurité : sonnette appel-malade au soufflé, domotique. L'autonomie du patient est évaluée tout au long de son parcours au CMP. Les aides humaines et techniques sont adaptées au niveau d'autonomie du patient qui témoigne de leur graduation : autonomie à la toilette puis autonomie à l'habillage avant autonomie pour les déplacements. Le patient peut être accompagné à la reprise de la conduite automobile adaptée. L'établissement met à disposition un simulateur de conduite.

La confidentialité est respectée en tout point du CMP. Aucune liste de travail n'est retrouvée apparente. Les professionnels n'échangent pas de données à caractère médical dans les lieux de passage.

Le paramétrage du logiciel dossier patient permet de distinguer les différents types de contention. Il prévoit la traçabilité du motif de recours à la contention mécanique et ses points de vigilance. L'équipe trace dans le dossier du patient l'utilisation de dispositifs tels que les barrières de lit pour favoriser la mobilisation autonome ou accompagnée du patient.

La douleur du patient est prévenue par des évaluations régulières à l'aide d'échelles adaptées au patient (échelle numérique pour le patient communicant, hétéro-évaluation à l'aide d'Algoplus pour le patient présentant des troubles de la communication). La réponse thérapeutique est graduée selon le niveau de douleur ; niveau systématiquement associé aux prescriptions conditionnelles. Le patient peut se voir proposer des solutions non médicamenteuses telles que l'hypnose conversationnelle, le casque de réalité virtuelle, l'accès à la salle Snoezelen.

Le patient témoigne se sentir impliqué dans la définition et la mise en œuvre de son projet de soins. Il connaît les objectifs liés à son hospitalisation. Avec son accord, les proches aidants du patient sont invités à participer à des temps de rencontre avec l'équipe médicale. Le recours aux outils numériques peut être mobilisé pour faciliter leur participation lorsqu'ils ne peuvent pas être disponibles physiquement. Un salon des familles et un espace extérieur aménagés sont mis à disposition des patients et de leurs proches. En cas de situation complexe, les horaires de visite peuvent être élargis.

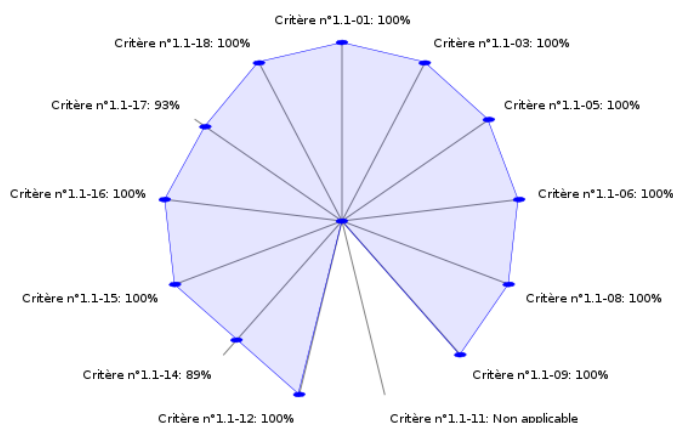
Le projet de vie est construit en partenariat avec le patient et ses proches aidants. L'ergothérapeute et l'assistante sociale organisent une visite du domicile en présence, le cas échéant, du patient, de ses proches et des artisans. Si le lieu de vie est trop éloigné géographiquement, la préparation de l'adaptation de l'environnement est effectuée sur plan. Le patient peut séjourner seul ou avec son proche aidant au sein de l'appartement thérapeutique pendant une semaine avant de regagner son domicile. L'appartement dispose d'espaces recréant les conditions d'un lieu de vie (salle de bain, cuisine, séjour, chambre) qui permettent une mise en situation. Le patient peut être inclus au dispositif d'accompagnement en vue de sa réinsertion socio-professionnelle proposée par l'équipe de l'unité COMETE partenaire. Afin de favoriser la poursuite des soins après sa sortie, les professionnels délivrent au patient les explications nécessaires et individualisées : associations sportives, rendez-vous programmés, conseils nutritionnels, ressources... Les ordonnances sont adressées à l'officine de ville si besoin. Lorsque cela est possible, le matériel est livré au sein du CMP afin de permettre les réglages adaptés avant la sortie d'établissement.

Le dépistage de la précarité sociale est réalisé dès l'entrée du patient. L'assistante sociale peut intervenir à tout moment du parcours de prise en charge notamment lorsque sont identifiés des facteurs de risque : fin de droits, absence d'affiliation à un organisme mutualiste. En prévision de la sortie du patient, l'assistante sociale, en accord avec le patient, peut proposer une orientation vers des organismes d'aide et de soutien aux personnes vulnérables. Le CMP a participé à une expérimentation locale « Caisse alimentaire commune » pour lutter contre la précarité alimentaire.

#### Analyse des résultats par l'établissement

#### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

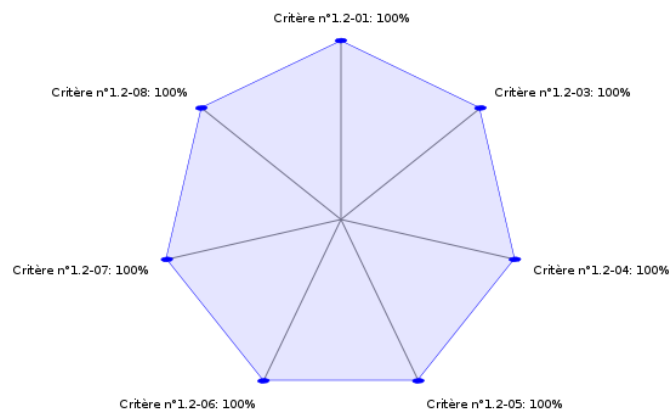
## Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.



Score de  
l'objectif  
**99%**

| Critères |                                                                                                                                                                                                                           |                |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1.1-01   | Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques                                                                      | 100%           |
| 1.1-03   | Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités                                                                                                                             | 100%           |
| 1.1-05   | Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé                                                                                                                                              | 100%           |
| 1.1-06   | Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge                                                                                                                                | 100%           |
| 1.1-08   | Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix                                                                                                                                  | 100%           |
| 1.1-09   | Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour sa prise en charge                                                                                                                         | 100%           |
| 1.1-11   | Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés                                                                                                                                             | Non Applicable |
| 1.1-12   | En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge                                                                                                                        | 100%           |
| 1.1-14   | Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées                                                                                                                                 | 89%            |
| 1.1-15   | Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs                                                                                           | 100%           |
| 1.1-16   | Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile | 100%           |
| 1.1-17   | Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction                                                                                                                                        | 93%            |
| 1.1-18   | Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur les modalités de sa prise en charge                                                                                                   | 100%           |

## Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                      |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.2-01   | Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité                                     | 100% |
| 1.2-03   | Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour | 100% |
| 1.2-04   | Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour           | 100% |
| 1.2-05   | Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant                 | 100% |
| 1.2-06   | Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale                                  | 100% |
| 1.2-07   | Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité    | 100% |
| 1.2-08   | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur                 | 100% |

Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

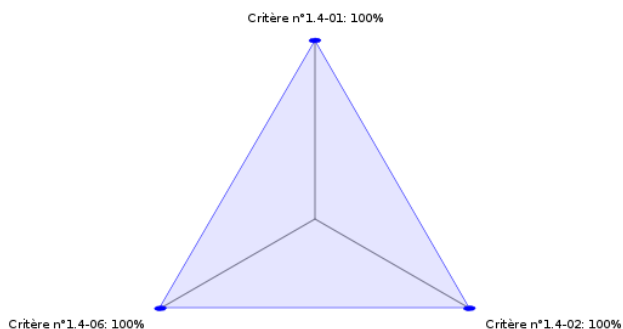
Critère n°1.3-01: 100%

Critère n°1.3-03: 100%

Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.3-01   | Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins | 100% |
| 1.3-03   | La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite                         | 100% |

## Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

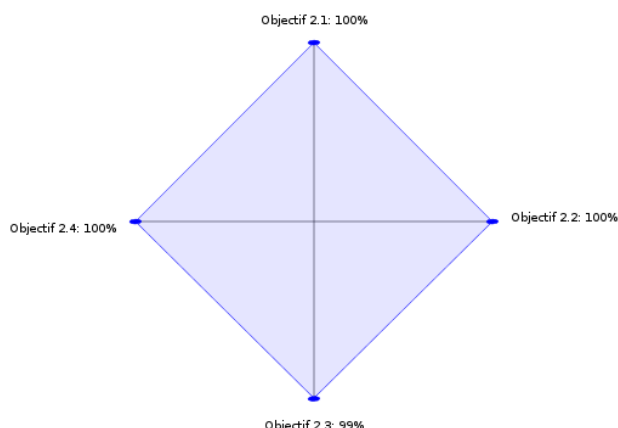


Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                      |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.4-01   | Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates  | 100% |
| 1.4-02   | Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins | 100% |
| 1.4-06   | Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie                                                   | 100% |



## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre  
**100%**  
du score maximal

| Objectifs |                                                                                                                                                         |      |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.1       | La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe                                                           | 100% |
| 2.2       | Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge | 100% |
| 2.3       | Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques                                                                                               | 99%  |
| 2.4       | Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle                                            | 100% |

Les équipes bénéficient de nombreux protocoles décrivant les modalités de prise en charge de leurs patients (rééducation après chirurgie du membre supérieur, soins sur trachéotomie, réentraînement à l'effort, etc) qui tiennent compte des données issues de la littérature. Les protocoles sont mis à disposition depuis le logiciel de gestion documentaire QUALNET. Pour les prises en charge complexes, les équipes peuvent solliciter des équipes spécialisées d'établissements partenaires tels que l'Institut du Cancer de Montpellier pour le parcours de soins du patient présentant une paraplégie métastatique ou le Centre Hospitalo-Universitaire de Montpellier pour les patients porteurs d'une escarre avec risque d'atteinte osseuse.

Les demandes d'admission sont adressées au Centre neurologique Mutualiste Proparg (CMP) à partir de VIATRAJECTOIRE. Elles sont traitées, dans un premier temps, par l'équipe médicale qui évalue la pertinence du mode d'hospitalisation (complète ou de jour). Les demandes sont ensuite étudiées par une équipe pluridisciplinaire représentative des services de soins et des plateaux techniques de rééducation afin d'évaluer la faisabilité de la prise en charge compte tenu de la charge en soins. La pertinence du maintien du séjour est réévaluée lors des staffs hebdomadaires. La Conférence Médicale d'Etablissement (CME) analyse les données d'admission lors de son bilan annuel. L'orientation vers une unité d'Hospitalisation A Domicile (HAD) est envisagée par les équipes selon le souhait émis par le patient. Les équipes du CMP et de l'HAD se mettent alors en lien pour coordonner la poursuite des soins. Une visite sur site est permise.

Pour les prescriptions d'antibiotiques, les médecins s'appuient sur un guide d'antibiothérapie actualisé en partenariat avec un infectiologue du CHU de Montpellier comprenant notamment l'antibiothérapie probabiliste et l'antibioprophylaxie pour les examens urodynamiques. Les médecins dont les internes et le docteur junior sont formés par les équipes spécialisées du CHU de Montpellier qui peuvent également être sollicitée pour des avis. A son initiation, l'antibiothérapie est justifiée dans le dossier du patient. Elle est réévaluée à 48h00 et à 7 jours. Un message d'alerte s'affiche depuis le dossier du patient pour informer le prescripteur que la réévaluation est en attente.

L'intégralité du dossier patient est informatisée à partir du logiciel EXPERT SANTE. Son arborescence permet un accès facilité des professionnels à l'ensemble des données qu'il contient. Les interventions de l'ensemble des acteurs du parcours de soins sont tracées dans le dossier.

Le projet thérapeutique du patient est établi en pluridisciplinarité à partir des bilans initiaux menés par l'équipe soignante, les rééducateurs et les professionnels en soins de support : évaluation de l'autonomie pour les actes de la vie quotidienne, habitudes de vie, bilan initial de kinésithérapie, bilan initial d'ergothérapie, bilan diététique. L'équipe sollicite le patient dès la phase initiale afin d'identifier ses souhaits et de fixer des objectifs partagés. Selon les besoins du patient, l'équipe peut solliciter la neuropsychologue, la psychologue, l'orthophoniste, la psychomotricienne. Le projet de soins est arrêté en staff pluridisciplinaire/pluriprofessionnel avant d'être présenté au patient. Son suivi est assuré lors des staffs hebdomadaires. Le patient et son entourage selon son accord, sont invités à

prendre part aux réunions de synthèse réalisées après la première phase de séjour, à mi-parcours et avant la fin de l'hospitalisation. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre auprès de chaque patient entrant. Elle prend en compte trois sources parmi lesquels : le dossier pharmaceutique, le courrier de l'établissement adreseeur, l'entretien avec le patient, l'appel à l'officine de ville. L'équipe peut faire appel à un réseau d'expertise développé en interne en s'appuyant sur ses compétences (psychologue/sexologue, assistante sociale) ainsi que sur les membres des groupes de travail et des instances (Comité de lutte contre la douleur, Comité de lutte contre les escarres, Comité d'éthique...). Des spécialistes externes peuvent également être sollicités (neurologie, neurochirurgie, orthopédie, psychiatrie, unité COMETE d'insertion socio-professionnelle...).

La démarche palliative est pilotée par la CME par l'intermédiaire du Comité de réflexion d'éthique. Les équipes peuvent solliciter les professionnels du réseau SPHERES issu du Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) de l'Hérault ainsi que l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU de Montpellier. En interne, le Comité de réflexion éthique peut être saisi dans le cadre d'une situation de soins en particulier.

La lettre de liaison comporte le traitement à l'entrée, le traitement à la sortie ainsi que les explications relatives à tout ajout, modification ou suppression médicamenteux dans le corps de la lettre. Elle est remise au patient par le médecin avant la sortie avec l'ensemble des explications utiles à la poursuite des soins au domicile. La lettre de liaison, les ordonnances de sortie et les comptes-rendus d'imagerie sont importés au Dossier Médical Partagé de Mon Espace Santé lorsqu'il est créé et sauf opposition du patient. En cas de transfert extra-hospitalier, l'équipe remet un courrier de fin d'hospitalisation au service receveur.

L'identification du patient est réalisée par la responsable du bureau des entrées ou, en mode adapté, par la secrétaire médicale à partir d'une pièce d'identité conforme. La qualification de l'INS est exclusivement réalisée par la responsable du bureau des entrées également référente en cas de doute sur l'unicité du dossier au même titre que la technicienne d'information médicale. L'ensemble des documents au format « papier » (comptes-rendus d'examens, courriers médicaux) sont correctement identifiés.

Les équipes connaissent les vigilants qui sont définis pour la pharmacovigilance, la matériovigilance, l'infectiovigilance et l'identitovigilance. Elles connaissent le circuit de l'information : réception des alertes descendantes par fax puis retransmission vers les professionnels de garde, enregistrement d'un événement indésirable pour la remontée des alertes internes. Les vigilants sont en lien avec les structures régionales : Centre de pharmacovigilance, Centre d'appui pour la prévention des infections nosocomiales...

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur à l'accès sécurisé. La pharmacienne réalise des analyses pharmaceutiques de niveau 3 pour l'ensemble des prescriptions initiées ou modifiées. Le médecin prescripteur est informé de la mise à disposition de l'analyse via une alerte dans le dossier du patient. Le taux de prise en compte des analyses pharmaceutiques est suivi par la pharmacienne.

La dispensation est nominative et journalière. Les piluliers sont acheminés par la préparatrice en pharmacie, les modifications sont effectuées par la pharmacienne. Les traitements personnels sont conservés à la pharmacie. La dotation dans les services de soins est limitée. Son renouvellement est assuré de façon hebdomadaire par les infirmiers lors de la vérification des péremptions. Les équipes disposent d'une armoire de dotation centralisée accessible exclusivement au médecin de garde. Des conventions de partenariat avec une officine et le CHU de Montpellier permettent aux équipes d'être approvisionnées jour et nuit.

Les conditions de stockage sont respectées. Afin de s'assurer de la stabilité des produits multidoses après ouverture, les équipes disposent d'étiquettes pour y inscrire la date de mise en service. Ceux-ci sont identifiés à l'aide d'une étiquette-patient lorsqu'ils sont nominatifs. Toutefois, il a été observé la présence d'un flacon en solution buvable multidose non identifié et pour lequel la date d'ouverture n'était pas retrouvée. Le suivi de la température des réfrigérateurs de stockage des produits thermosensibles est assuré en continu par des sondes dont les valeurs sont relevées par la pharmacienne. Les ruptures de stock de produits médicamenteux sont anticipées par la pharmacienne qui, le cas échéant, propose des substitutions tracées dans le dossier du patient.

Afin de garantir l'identification du médicament jusqu'à son administration, les blisters unitaires peuvent être sur-étiquetés si nécessaire. Les formes injectables bénéficient d'une étiquette conforme aux attendus. Les infirmiers tracent l'administration ainsi que la non-administration dont le motif est alors renseigné à partir d'un menu déroulant.

L'utilisation des médicaments à risque est maîtrisée. Les équipes disposent d'une liste de médicaments à risque distincte selon les services d'hospitalisation complète et les services d'hospitalisation de jour. Les risques et les modalités de prévention de leur survenue sont connus des infirmiers et des préparatrices en pharmacie formés par la pharmacienne. Le stockage est sécurisé : identification par un logo, compartiments individualisés.

Les équipes sont formées aux précautions « standard » et aux précautions complémentaires. Elles en connaissent les modalités de mise en œuvre. Des correspondants en hygiène qui se réunissent mensuellement autour de l'infirmière hygiéniste et de la pharmacienne sont identifiés dans l'ensemble des secteurs d'activité. Des audits sont menés par l'équipe opérationnelle auprès des professionnels : audits observationnels, questionnaires, audit « pulpe-friction ». Les résultats font l'objet de plans d'actions connus des équipes : tableau sur les équipements de protection par type de précaution complémentaire, caisson pédagogique pour la technique d'hygiène des mains, ajout de distributeurs de solutions hydro-alcooliques, information du patient sur l'hygiène des mains et remise d'un flacon de SHA individuel.

L'accès au secteur de balnéothérapie est soumis à prescription médicale. Les règles de fonctionnement sont définies dans les domaines de l'hygiène et de la sécurité. Le carnet sanitaire est complet : contrôle physico-chimique quotidien, surveillance microbiologique trimestrielle.

Des cystoscopies sont réalisées en secteur d'hospitalisation de jour. Les conditions de stockage des appareils sont conformes. Leurs

cahiers de vie sont à jour. Les équipes sont formées au processus de désinfection. Le circuit est défini pour éviter les croisements « propre/sale ».

Les équipes connaissent les règles en vue de maîtriser le risque infectieux lors de l'utilisation de dispositifs invasifs. Elles disposent de protocoles diffusés sur QUALNET actualisées selon les dernières recommandations de bonnes pratiques. La traçabilité de la pose, de la surveillance et de l'évaluation de la pertinence du maintien est retrouvée dans le dossier du patient. Les équipes n'ont pas participé à des audits observationnels.

L'établissement promeut la vaccination contre la grippe et le Covid-19. Le suivi des vaccinations obligatoires est assuré par le service de santé au travail. Les équipes connaissent le taux de couverture vaccinale contre la grippe et les actions mises en place en vue de son amélioration : audit sur les freins, communication sur l'intérêt. Les vaccins sont mis à disposition gratuitement sur site.

Les professionnels qui interviennent sur le plateau d'imagerie médicale utilisent des équipements de protection et des dosimètres. La conduite à tenir en cas d'accident est connue des professionnels rencontrés. Ils informent leurs patients des risques pour la santé inhérents à l'exposition à des rayonnements ionisants par affichage en salle d'attente. Un temps d'échange peut être mené par la manipulatrice. Le dossier du patient comprend les éléments de traçabilité attendus en particulier la dose reçue.

Le transport du patient est assuré par une équipe de brancardiers qui ont accès à une liste de travail alimentée par l'agenda patient du dossier de soins. Les brancardiers se mettent en lien avec les équipes soignantes et rééducatives lors de la prise en charge pour connaître les consignes particulières et réévaluer la priorisation des prises en charge à effectuer.

Les équipes évaluent leurs pratiques à partir des résultats pour le patient collectés lors d'audits (Douleur) et d'enquêtes (regard croisé sur la bientraitance, enquête nationale de prévalence des escarres). Les résultats sont analysés et font l'objet de la mise en œuvre d'actions d'amélioration en pluridisciplinarité. Dans le cadre des travaux menés en lien avec le risque d'escarre, des fiches « pansement » ont été créées, des coussins « gel » ont été dotés, une réflexion a été portée sur les différents types de matelas. L'analyse des pratiques par les équipes prend en compte les Evénements Indésirables (EI). Un Comité de pilotage des EI représentatif de l'ensemble des corps de métier se réunit mensuellement. Le Comité effectue une revue des EI : actions mises en place face à des dysfonctionnements, sélection des EI relevant d'une analyse collective, suivi des actions. Les membres du Comité sont ensuite chargés de partager les informations échangées auprès de leurs équipes. Dans les suites d'une chute ayant fait l'objet d'une déclaration d'événement indésirable, les professionnels se sont réunis pour mener une analyse à partir de la méthode ALARM. Des actions d'amélioration ont été identifiées, un groupe de travail ad hoc a été constitué en vue d'améliorer le repérage des facteurs déclenchants. Les équipes connaissent les points forts et les axes d'amélioration issus de l'expression patient.

Les équipes connaissent les résultats des indicateurs nationaux pour la qualité et la sécurité des soins ainsi que les actions mises en place au regard : étude des freins à la vaccination antigrippale, ajout de distributeurs de SHA...

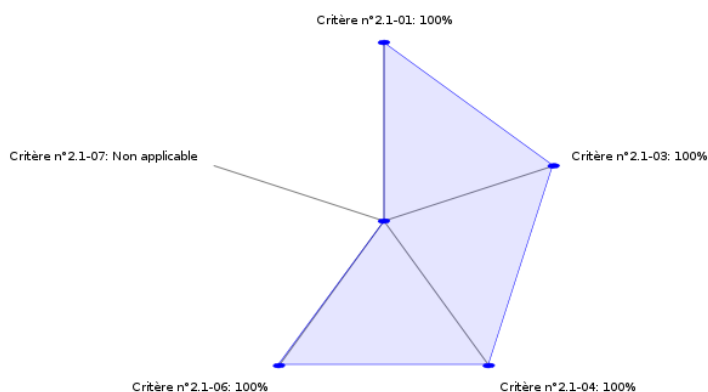
Les équipes sont en lien avec les biologistes du laboratoire partenaire en routine pour la gestion opérationnelle (mise à disposition d'un résultat, dysfonctionnement) et annuellement pour une analyse de l'activité avec la CME. Les équipes du laboratoire proposent des actions de sensibilisation (gazométrie). Les délais de rendu des résultats sont suivis et conformes aux attendus.

Les équipes font appel à des centres d'imagerie partenaires pour les examens pour lesquels elles ne disposent pas d'autorisation. Les cas complexes sont suivis en staff pluridisciplinaire au CHU de Montpellier.

#### Analyse des résultats par l'établissement

#### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

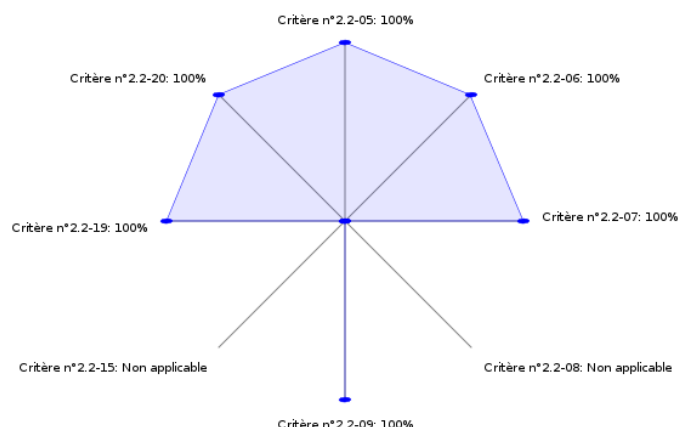
## Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                         |                   |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 2.1-01   | La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe                                                       | 100%              |
| 2.1-03   | La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe                                        | 100%              |
| 2.1-04   | En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient. | 100%              |
| 2.1-06   | La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée                                                             | 100%              |
| 2.1-07   | La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est argumentée                                                      | Non<br>Applicable |

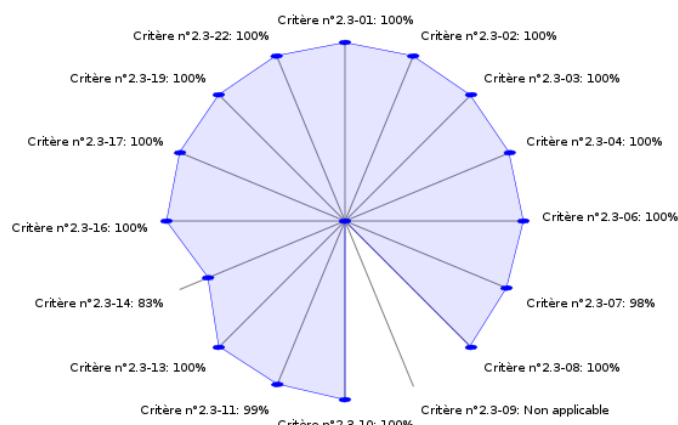
## Objectif 2.2 : Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                                                  |                |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 2.2-05   | Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté.                                                                                 | 100%           |
| 2.2-06   | Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins                                                                                                              | 100%           |
| 2.2-07   | La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux                                                           | 100%           |
| 2.2-08   | Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité                                                             | Non Applicable |
| 2.2-09   | L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise                                                                                      | 100%           |
| 2.2-15   | En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient | Non Applicable |
| 2.2-19   | Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie                                                 | 100%           |
| 2.2-20   | Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin                                                                              | 100%           |

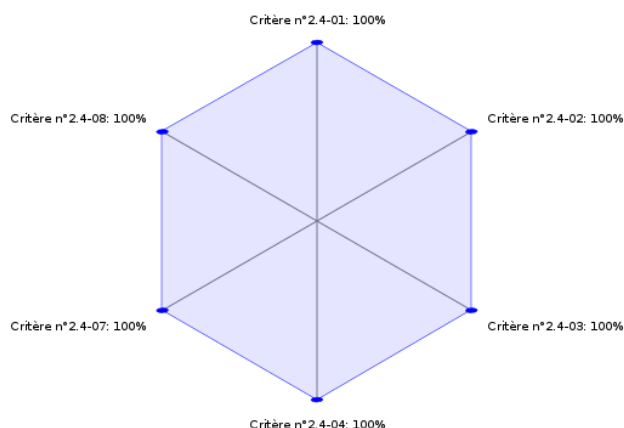
## Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



Score de  
l'objectif  
**99%**

| Critères |                                                                                                                                      |                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 2.3-01   | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge                    | 100%           |
| 2.3-02   | Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires                                                              | 100%           |
| 2.3-03   | Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments                                       | 100%           |
| 2.3-04   | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments                                                         | 100%           |
| 2.3-06   | Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque                                                                        | 100%           |
| 2.3-07   | L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques | 98%            |
| 2.3-08   | Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie             | 100%           |
| 2.3-09   | Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle                                                                                  | Non Applicable |
| 2.3-10   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains                                   | 100%           |
| 2.3-11   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires                     | 99%            |
| 2.3-13   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs                                         | 100%           |
| 2.3-14   | Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates                   | 83%            |
| 2.3-16   | Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène                                                       | 100%           |
| 2.3-17   | Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé                                | 100%           |
| 2.3-19   | Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants                                                    | 100%           |
| 2.3-22   | Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé                                                                           | 100%           |

## Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

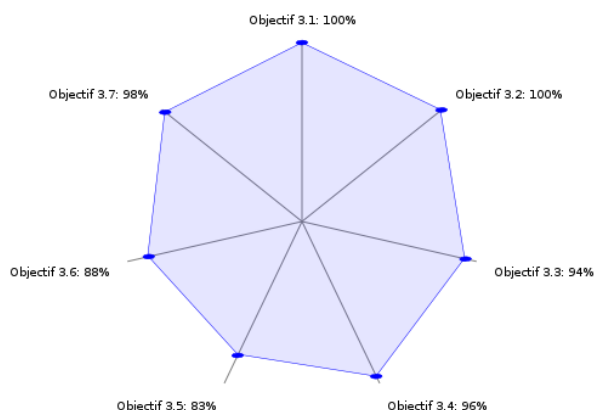


Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                 |      |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.4-01   | Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques.                                                | 100% |
| 2.4-02   | Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients.                                     | 100% |
| 2.4-03   | Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins. | 100% |
| 2.4-04   | Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.                       | 100% |
| 2.4-07   | Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.             | 100% |
| 2.4-08   | Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place                                       | 100% |



## Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre  
**94%**  
du score maximal

| Objectifs |                                                                                                              |      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.1       | L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire                       | 100% |
| 3.2       | L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement                        | 100% |
| 3.3       | La gouvernance fait preuve de leadership                                                                     | 94%  |
| 3.4       | L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences                            | 96%  |
| 3.5       | Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance | 83%  |
| 3.6       | L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté  | 88%  |
| 3.7       | L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins                      | 98%  |

Le Centre Mutualiste Propara (CMP) autorisé pour une activité de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) spécialisés en neurologie accueille des patients en hospitalisation complète (66 lits) et en hospitalisation de jour évaluation ou rééducation. Le CMP est centre de référence pour les lésions médullaires. Membre du Groupement Hospitalier de Territoire Sud-Est Hérault porté par le Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Montpellier, le CMP a identifié de nombreux partenariats au service du parcours du patient tels que :

- Convention cadre avec le CHU de Montpellier pour consultations de neurologie, chirurgie plastique, chirurgie orthopédique, infectiologie, mise à disposition d'un Praticien Universitaire/Praticien Hospitalier dans le cadre de l'activité de recherche...
- CHU de Nîmes pour la prise en charge des douleurs complexes
- Centre de référence, des liens de coopération sont établis avec des établissements de Nouvelle Calédonie et de Polynésie Française pour la formation et la prise en charge de patients
- Etablissement privé pour la psychiatrie
- Associations de patients : SEP 34 (présentation sur la conduite automobile)
- Associations sportives
- Imagerie, biologie
- Unité d'insertion socio-professionnelle : COMETE.

Le CMP développe une politique d'« aller-vers » prenant la forme de téléconsultation auprès de structures de type « Maison d'accueil spécialisée », télésoin pour la préparation de l'admission en hospitalisation de jour. Equipe labellisée MDPH qui se rend au domicile des patients.

Son ancrage territorial se manifeste par son appartenance à deux CPTS avec engagements réciproques : journées de dépistage, facilitation de l'accès à des spécialistes, diffusion d'informations auprès des professionnels.

L'établissement a défini une organisation pour limiter les transferts des personnes âgées par des services d'urgence en privilégiant les liens avec les services adressesurs.

L'établissement est joignable 24/7. Une permanence téléphonique est assurée en-dehors des horaires d'ouverture de l'accueil.

La recherche clinique portée au projet d'établissement est suivie par un Comité de Recherche qui se réunit mensuellement (soignants, médecin titulaire habilité à diriger la recherche) dont les membres ont une activité clinique et de recherche. L'établissement est promoteur et investigateur. Trois axes de recherche : prévention des comorbidités secondaires à la lésion médullaire, techniques et technologies au service de la personne en situation de handicap, techniques de la santé et du handicap. Le rapport d'activité est intégré

au bilan annuel de la CME.

La satisfaction du patient est mesurée en secteurs d'hospitalisation de jour à partir d'une enquête interne renseignée à la sortie. En hospitalisation complète, la satisfaction est recueillie après un mois de séjour à l'aide d'un questionnaire interne. L'établissement participe au dispositif e-satis. Les résultats ne sont pas diffusés publiquement en raison de la faible taille d'échantillon. L'établissement a déployé le recueil des PROMS auprès de patients présentant un Covid long. L'ensemble des résultats sont connus des professionnels et du représentant des usagers.

L'établissement mobilise les actions d'expertise patient. Il bénéficie de la compétence d'un patient partenaire doté d'un DU en partenariat en santé. Le patient partenaire participe notamment au recueil de l'expérience du patient, il anime un atelier éducatif dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique. Les membres de la Commission Des Usagers (CDU) tiennent une permanence à tour de rôle tous les 15 jours pour favoriser le recueil de l'expression du patient. Le Représentant des Usagers (RU) a rédigé un projet des usagers après concertation de deux groupes de patients : place de l'aidant, communication des soignants, animation, patient partenaire de sa prise en soins. Il participe aux réunions d'Instances : Comité de lutte contre la douleur, Comité de liaison alimentation/nutrition, Comité de réflexion éthique. Il est invité aux réunions de la CME.

Les bonnes pratiques de communication sont promues à travers des formations à l'écoute active (formation interne par psychologue clinicienne) et à l'hypnose conversationnelle (formation externe) dispensées auprès de l'ensemble des professionnels.

La promotion de la bientraitance et la lutte de la maltraitance sont promues et assurées par un Comité dédié qui publie un bulletin d'information. Une charte de la bientraitance est déployée. L'établissement a déployé l'enquête « Regards croisés sur la bientraitance ». Les professionnels sont sensibilisés aux facteurs de repérage de la maltraitance et connaissent le circuit de son alerte : supérieur hiérarchique, signalement d'un EI, saisine du Comité de Lutte contre la Maltraitance et de Prévention de la Bientraitance (CLMPB). Ils peuvent s'appuyer sur une procédure dédiée.

L'accès du patient à son dossier relève d'une procédure. Les délais de remise des dossiers sont suivis et partagés en CDU. Aucun retard n'est enregistré.

La gouvernance a rédigé une politique qualité et sécurité des soins s'articulant autour de quatre axes qui se déclinent dans un programme d'actions qualité/sécurité des soins (PAQSS) lui-même alimenté à partir de données mobilisables : événements indésirables, résultats d'audits, expression patient, indicateurs. L'avancée du PAQSS est pilotée par la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) qui se réunit sous forme de bureau de façon hebdomadaire autour de l'équipe médicale et de la pharmacienne. Des séances plénières sont prévues pour le bilan d'activités auxquelles l'ensemble des personnels médicaux partenaires sont conviés. Les décisions et actions de la CME sont partagées dans les groupes de travail ad hoc, les réunions des Instances et à l'occasion de temps d'échange avec les copilotes de processus (tous soignants) en Comité de pilotage notamment. Les professionnels connaissent les actions du PAQSS et sont parties prenantes de sa mise en œuvre (formation des professionnels assurée par la Psychologue, audit « Pulpe'friction » réalisé par les référents « hygiène »). Malgré l'implication des professionnels dans la démarche qualité, la culture sécurité des soins n'a, pour l'heure, pas encore été évaluée.

Les besoins en ressources humaines sont définis au regard de l'activité. Les services de soins sont répartis sur trois étages. Des temps de synchronisation entre équipes de jour et équipes de nuit sont définis ainsi que bi-quotidiennement entre infirmiers et médecins. Les plannings des professionnels répondent à des cycles et sont mis à disposition depuis le logiciel de planning. Un livret d'accueil est remis aux nouveaux arrivants qui bénéficient d'un accompagnement sous forme de compagnonnage lorsqu'ils ne connaissent pas la structure. L'encadrement veille à répartir les ressources humaines de façon à garantir un équilibre entre professionnels titulaires et intérimaires. Des fiches de poste sont rédigées et mises à disposition dans le logiciel de gestion documentaire. Les compétences sont évaluées à partir d'entretiens individuels annuels menés par le responsable hiérarchique et d'entretiens professionnels réalisés tous les deux ans. Les besoins en formation sont évalués à l'occasion de ces entretiens et alimentent le plan de formation après accord du manager.

L'équipe d'encadrement des soins et de rééducation a bénéficié d'une formation en management complétée par des actions de formation continue - telles que posture managériale - et d'accompagnement individuel dans leur rôle.

Des actions sont mises en œuvre pour promouvoir le travail en équipe revêtant différentes formes : moments de convivialité, groupes de travail, actions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires autour d'objectifs communs tels que visite à blanc de certification, formation à l'hypnose conversationnelle, actions de simulation en équipe. Des temps d'échange ponctuent l'activité autour des projets de soins individualisés et en faveur de la qualité/sécurité des soins à travers les réunions d'équipe hebdomadaire.

Une étude portant sur la synchronisation des équipes (2022) a été suivie de la création du poste d'Infirmier coordinateur au service de l'amélioration du flux d'information pour sécuriser le parcours du patient.

Un plan de formation est suivi comprenant les actions de formation obligatoires telles que l'AFGSU, la sécurité incendie et les actions en lien avec les demandes des professionnels validées par l'encadrement au regard notamment des évolutions de l'activité : formation « Infirmier en pratique avancée » ou l'acquisition de nouveaux matériels : isocinétisme.

Le Comité de Réflexion Éthique (CRE) pluriprofessionnel et pluridisciplinaire a été relancé en 2023. Un listing des thématiques prioritaires a été dressé puis partagé avec l'ensemble des professionnels. L'établissement est affilié à l'Espace de Réflexion Éthique d'Occitanie. Un binôme est chargé de la veille documentaire lui permettant de proposer des actions de sensibilisation aux professionnels. Le Comité se réunit en séances plénières et peut être saisi pour répondre à des demandes ponctuelles.

La politique Qualité de Vie au Travail est insérée au projet d'établissement sous la forme d'un volet social tenant compte des données socio-démographiques telles que l'ancienneté, la pyramide des âges. De nombreuses actions sont mises en œuvre : séances de sport animées par les enseignants en activité physique adaptée sur plateau technique, bornes de recharge des véhicules électriques en accès libre. Bien que le Comité Social et Economique se réunit mensuellement, il n'est pas retrouvé de concertation de l'ensemble des professionnels sur leur satisfaction vis-à-vis des conditions de travail et de la qualité de vie au travail.

La gestion des conflits interprofessionnels est assurée par l'encadrement de proximité et le service des ressources humaines. Les professionnels peuvent solliciter un psychologue en interne ou membre du service de santé au travail.

Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est rédigé. Il comprend deux niveaux : un niveau de mobilisation interne (état d'alerte) et un second niveau correspondant au déclenchement du plan blanc. Sa réactualisation est le fruit d'un travail collaboratif entre les membres du Comité de Direction et du Comité Stratégique. Il est décliné pour différents risques auxquels l'établissement peut être confronté (incendie, climatique, épidémique...). L'établissement est identifié établissement de 3ème ligne avec un objectif de libération de capacités en lits. Les ressources en moyens matériels sont identifiées. Les modalités de mises à disposition des moyens humains sont établies. Un exercice de simulation à partir d'un exemple d'attaque numérique a permis d'en éprouver le fonctionnement en particulier la capacité de la cellule de crise à se réunir dans les délais impartis. L'analyse de cet exercice a permis d'identifier des actions d'amélioration du dispositif notamment la définition et l'attribution des rôles des membres de la cellule de crise. La gestion de la crise COVID a été accompagnée par des réunions fréquentes de la cellule de crise permettant de veiller à l'opérationnalité des mesures déployées. Toutefois, il n'est pas retrouvé de retour d'expérience en santé sur l'événement après sa résolution.

Le Plan de Sécurisation de l'Etablissement (PSE) est rédigé. Il tient compte du contexte environnemental dans lequel s'inscrit l'établissement et de ses caractéristiques. Les risques sont cartographiés. Des mesures de prévention et de protection sont définies. Les patients connaissent les moyens de sécurisation de leurs effets personnels (coffre) et les professionnels la conduite à tenir en cas d'attaque/intrusion.

Les consommations d'eau, d'énergie, les émissions de gaz à effet de serre et les quantités de déchets produits sont suivies. Un diagnostic énergétique est mené. De nombreuses actions sont mises en œuvre en vue de réduire l'impact environnemental (ampoules LED, produits d'entretien écologiques, sensibilisation à la lutte contre la gaspillage alimentaire, coupure centralisée du chauffage dans les locaux inoccupés la nuit, participation des patients au tri des déchets de soins issus de l'autosondage...). Concernant le tri des déchets, il a été observé un collecteur à objets piquants, coupants, tranchants dont la limite de remplissage n'était pas respectée. La procédure d'urgence vitale est rédigée, elle s'applique à l'ensemble des patients et usagers pris en charge par l'établissement ou reçus par des professionnels louant les locaux (balnéothérapie). Des exercices de simulation permettent de s'assurer de l'opérationnalité du dispositif. Les professionnels sont formés à l'AFGSU dont le personnel médical. Les chariots d'urgence sont disposés par étage et en HDJ. Leur composition est définie par la CME. Les arrêts cardiopulmonaires font systématiquement l'objet d'une analyse en retour d'expérience.

La veille réglementaire est assurée par la responsable qualité.

La veille documentaire est menée par les pilotes/co-pilotes de processus à partir de différentes sources :

- Participation des médecins à des congrès : animation du congrès de médecine physique et de réadaptation de Montpellier avec ouverture aux différents professionnels non médicaux
- Webinaires thématiques
- DU Plaie et Cicatrisation
- Diplôme d'IPA
- Abonnement à des revues médicales, des newsletters
- Journée de formation : Voies d'abord (picline, midline).

Elles permettent d'alimenter les échanges entre les participants des groupes de travail et les instances notamment pour la révision des protocoles de prise en charge (adaptation des modalités de traitement de douleurs complexes ou adaptation du choix des produits pour la prévention des escarres).

L'expérience patient est recueillie à l'occasion des patients traceurs, de l'exploitation des données e-satis, de l'analyse d'un PROMS développé auprès des patients COVID longs (SF36) dont la taille de l'échantillon ne permettait une exploitation statistique. Des actions sont intégrées au PAQSS en suivant telles que la mise en place d'activités occupationnelles sur le temps du weekend en lien avec le projet des usagers.

Les IQSS sont recueillis, les résultats sont partagés en réunions d'instances et communiqués aux professionnels par voie d'affichage après explication. Les professionnels connaissent les résultats et les actions mises en place en vue de les améliorer (installation de distributeurs de SHA en des points stratégiques, apport d'information sur l'intérêt de la vaccination).

#### Volet numérique

Le Centre de rééducation neurologique Mutualiste Propora (CMP) définit et met en place une organisation permettant d'exploiter les données de Mon Espace Santé.

La Messagerie Sécurisée de Santé MEDIMAIL est intégrée au client de messagerie Outlook pour fluidifier l'utilisation de la solution. Elle

donne la possibilité d'échanger des comptes rendus entre professionnels de santé intra et extraétablissement. Les professions supports ont aussi un compte MEDIMAIL pour fluidifier les échanges. La Messagerie Sécurisée de Santé LIFEN est intégrée au Dossier Patient Informatisé (Expert Santé). Cette solution permet d'envoyer les documents validés par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) directement depuis le DPI. Les documents validés par la CME sont : la lettre de liaison de sortie, les ordonnances de sortie et les comptes rendus d'imagerie. Les comptes rendus de consultation seront intégrés en 2025.

Une cartographie des usages non sécurisés d'échange de données est retrouvée. Les principaux risques identifiés sont en cours de transfert sur l'usage de la messagerie sécurisée. La messagerie sécurisée instantanée SPICO a été proposée aux médecins pour remplacer la solution WhatsApp. Un groupe de discussion entre les médecins de l'établissement a été créé pour échanger sur les patients de manière sécurisée.

Le patient est informé de l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) et des modalités d'accès à son profil une première fois par le personnel de l'accueil. Dans un deuxième temps, le médecin recueille et trace le consentement du patient dans le DPI. Une brochure informative est retrouvée dans le livret d'accueil et des affichages sont réalisés dans l'établissement. Une journée de sensibilisation à Mon Espace Santé a été organisée en septembre 2024 par le GRADES E-Santé Occitanie à destination des patients et des professionnels afin de les sensibiliser et de les accompagner à la prise en main de l'outil.

Les professionnels du CMP connaissent les types de documents déposés dans le DMP de Mon Espace Santé. La lettre de liaison est alimentée à hauteur de 56 %, 51.35 % des ordonnances de sortie et 68.60 % des comptes rendus d'imagerie sont déposés dans le DMP. La lettre de liaison et l'ordonnance de sortie sont également envoyées par la Messagerie Sécurisée en Santé professionnelle et citoyenne. Ces indicateurs sont suivis par l'équipe responsable du Système d'Information lors des comités de pilotage (huit comités en 2024) notamment dans le cadre du programme HOP'EN 2. Un plan d'action en lien avec l'amélioration du taux d'alimentation du DMP est retrouvé.

La consultation du Dossier Médical Partagé par les médecins est rendue possible par la consultation du site internet WebPS DMP à l'aide de la carte CPS du praticien.

Dans le cadre du risque numérique, une organisation au niveau de l'établissement est établie. Du lundi au vendredi, les utilisateurs peuvent solliciter le prestataire informatique de la société GPLEXPERT qui fera le lien avec le Responsable de la Sécurité du Système d'Information. Le weekend et la nuit, le cadre d'astreinte administrative sera responsable du lien avec le RSSI. Le numéro de contact est identifié dans les procédures affichées à côté des postes informatiques.

Un plan de continuité d'activité (PCA) et de reprise d'activité (PRA) est déployé pour le secteur informatique. Les cartographies applicatives, de flux, d'infrastructure et de réseau sont retrouvées et associées au volet numérique du Plan blanc. Des modes dégradés et des fiches réflexes sont retrouvés dans le secteur des admissions, des services de soins, des services de rééducation, de la comptabilité. Le mode dégradé est découpé en deux cas de figure : perte partielle ou perte totale de l'informatique. L'accès au plan de soin de secours (incluant les actes de la rééducation) est possible depuis un fichier partagé sur les postes des infirmières. Les Plans de Reprise d'Activité sont découpés sur des pannes inférieures ou supérieures à 4 heures.

Une procédure de remontée des incidents de sécurité à l'Agence Nationale de Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) est retrouvée. Deux incidents ont été déclarés à l'ANSSI en 2023. Des actions ont découlé du retour d'expérience à la suite de ces événements.

Des audits en lien avec la sécurité du système d'information sont réalisés. L'établissement est engagé dans le programme CaRE. Dans ce cadre, il réalise régulièrement des audits de l'Active Directory et de l'exposition sur Internet grâce à l'outil SILENE. Les actions critiques recommandées par ces audits sont intégrées dans le Programme d'actions qualité/sécurité. En avril 2024, un exercice de gestion de crise cybersécurité a été effectué.

Une fiche de mission du Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI) est retrouvée. Un recrutement sur le poste de RSSI est en cours. Actuellement, le directeur de l'établissement est RSSI intérimaire. Une consultante formée aux missions RSSI et le prestataire informatique accompagnent la direction sur l'orientation des projets de sécurité. Une formation sur la sécurité numérique est intégrée au plan pluriannuel de formation pour le directeur. Des actions de sensibilisation, campagne de phishing, journées d'intégration des nouveaux arrivants, affichages sont réalisés régulièrement et intégrés dans le plan de sensibilisation.

Les professionnels connaissent les mesures de prévention du risque numérique (identification d'un mail frauduleux, mots de passe personnels et robustes etc.). Ils identifient également les conduites à tenir en cas d'incident ou d'attaque par la mise en place du plan de continuité d'activité et des modes dégradés associés.

Le Centre de rééducation neurologique Mutualiste Propargra met en œuvre une gestion organisée des arrivées et des départs des utilisateurs. Une procédure d'octroi des habilitations est rédigée. Les matrices des droits des applications métiers sont présentées. Des comptes Windows génériques sont utilisés sur les postes multiutilisateurs, notamment dans les infirmières. Les mots de passe du DPI sont nominatifs, renouvelés tous les 6 mois et imposent des caractéristiques de complexité définies par la DSI. Pour les stagiaires et les intérimaires, un compte générique est fourni par les cadres de service. Les professionnels doivent par la suite renseigner leurs noms, prénoms, date de naissance pour assurer une traçabilité dans le DPI. En revanche, le nom d'affichage lors de transmissions correspond au compte générique.

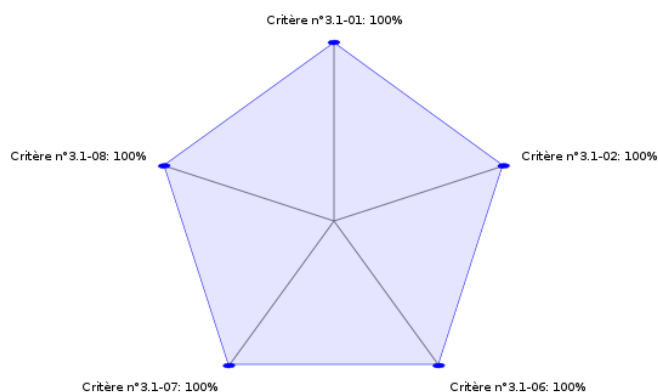
Pour les utilisateurs en mobilité, notamment dans le cadre des astreintes, un ordinateur équipé d'un VPN SSL est mis à disposition par l'établissement. Néanmoins, les identités et accès aux données de santé ne sont pas gérés par un système d'authentification à deux facteurs.

Le projet impliquant la mise à jour du pare-feu, les actions sont prévues sur l'année 2025.

Analyse des résultats par l'établissement

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

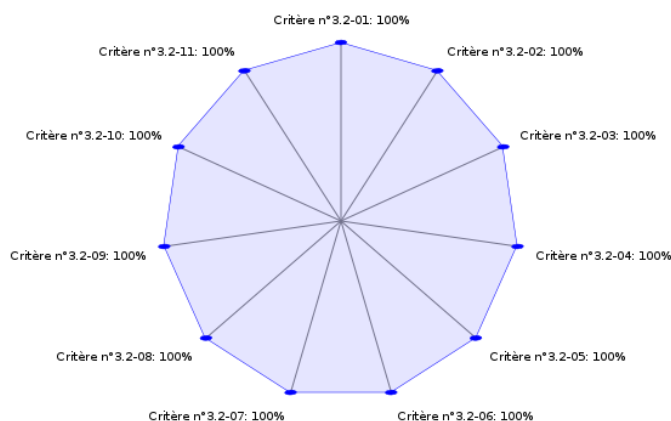
## Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                      |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.1-01   | L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.                                                                                      | 100% |
| 3.1-02   | L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours                     | 100% |
| 3.1-06   | L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales                                               | 100% |
| 3.1-07   | Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément                                 | 100% |
| 3.1-08   | 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% |

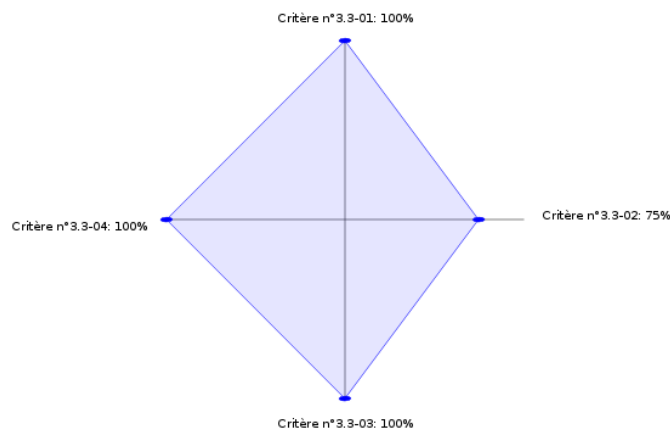
## Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                                         |      |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.2-01   | L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient                                                                                         | 100% |
| 3.2-02   | L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients                                                                                                           | 100% |
| 3.2-03   | L'établissement a une communication centrée sur le patient                                                                                                              | 100% |
| 3.2-04   | L'établissement veille à la bientraitance                                                                                                                               | 100% |
| 3.2-05   | L'établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.                                                    | 100% |
| 3.2-06   | L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein                                                                                                                | 100% |
| 3.2-07   | L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap                                                                              | 100% |
| 3.2-08   | L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière                                        | 100% |
| 3.2-09   | L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier                                                                                          | 100% |
| 3.2-10   | L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients                                   | 100% |
| 3.2-11   | L'établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement | 100% |

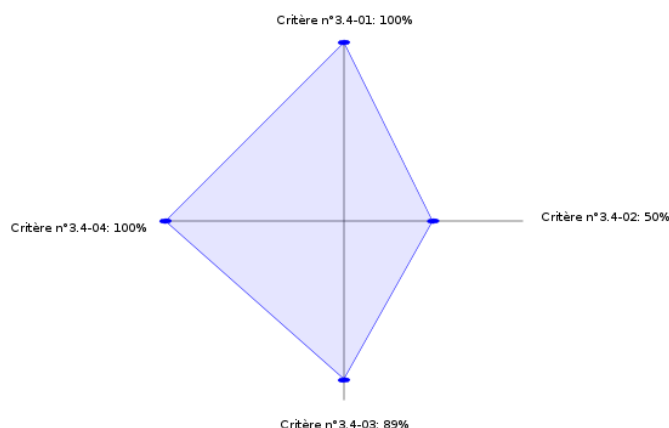
## Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership



Score de  
l'objectif  
**94%**

| Critères |                                                                                                                                |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.3-01   | La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins                                                    | 100% |
| 3.3-02   | L'établissement soutient une culture de sécurité des soins                                                                     | 75%  |
| 3.3-03   | La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge | 100% |
| 3.3-04   | Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management                                               | 100% |

## Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



| Critères |                                                                                                     |      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.4-01   | La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe                                             | 100% |
| 3.4-02   | La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe    | 50%  |
| 3.4-03   | Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées         | 89%  |
| 3.4-04   | L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs | 100% |

## Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n° 3.5-01: 86%

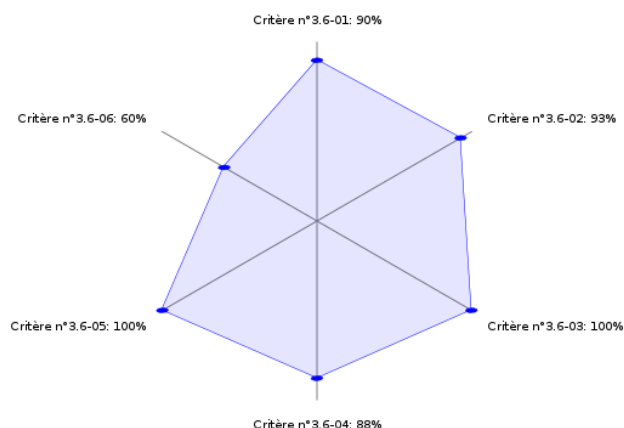


Critère n° 3.5-02: 81%

Score de  
l'objectif**83%**

| Critères |                                                                                                       |     |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3.5-01   | La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)                                     | 86% |
| 3.5-02   | La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits | 81% |

## Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

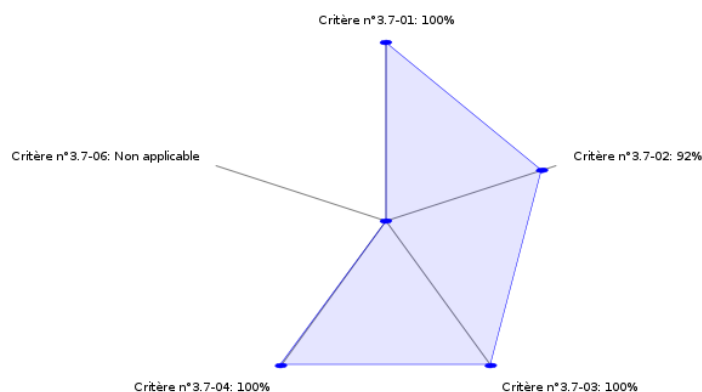


Score de  
l'objectif

**88%**

| Critères |                                                                                                  |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.6-01   | La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée | 90%  |
| 3.6-02   | Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés                                                 | 93%  |
| 3.6-03   | La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée                               | 100% |
| 3.6-04   | Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés                   | 88%  |
| 3.6-05   | La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement         | 100% |
| 3.6-06   | L'identification des utilisateurs et des patients dans le système d'information est sécurisée.   | 60%  |

## Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



Score de  
l'objectif

**98%**

| Critères |                                                                                                            |                   |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 3.7-01   | La gouvernance mobilise ses équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques                                  | 100%              |
| 3.7-02   | L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité | 92%               |
| 3.7-03   | L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins              | 100%              |
| 3.7-04   | L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'événements indésirables liés aux soins.      | 100%              |
| 3.7-06   | L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement                      | Non<br>Applicable |

