



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER
GERIATRIQUE DE
CORNIL**

32 GRAND'RUE
19150 Cornil



Validé par la HAS en Mars 2026

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



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

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	20
Synthèse du chapitre 2	21
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	23
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	24
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	26
Chapitre 3 : L'établissement	27
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	27
Synthèse du chapitre 3	28
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	30
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	31
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	33
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	34

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels de santé mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients.

Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé, aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER GERIATRIQUE DE CORNIL	
Adresse	32 GRAND'RUE 19150 Cornil FRANCE
Département / Région	Corrèze / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	190002519	CH JEAN-MARIE DAUZIER - CORNIL	32 grand rue 19150 Cornil FRANCE
Établissement géographique	190012476	CH JEAN-MARIE DAUZIER - SSR - CORNIL	32 grand rue 19150 CORNIL FRANCE
Établissement principal	190005165	USLD CORNIL	32 GRAND'RUE 19150 Cornil FRANCE

Les critères évalués

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

Secteur d'activité
 Soins de longue durée
 Soins de suite et réadaptation

Population
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **4** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



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



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

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



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

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

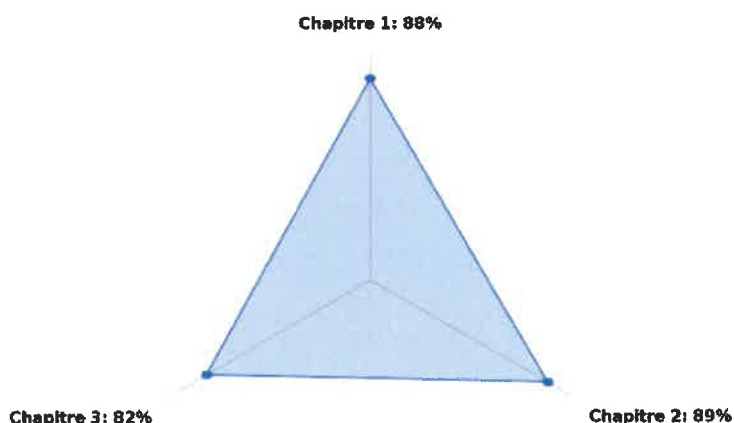
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

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



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	88%
Chapitre 2	Les équipes de soins	89%
Chapitre 3	L'établissement	82%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

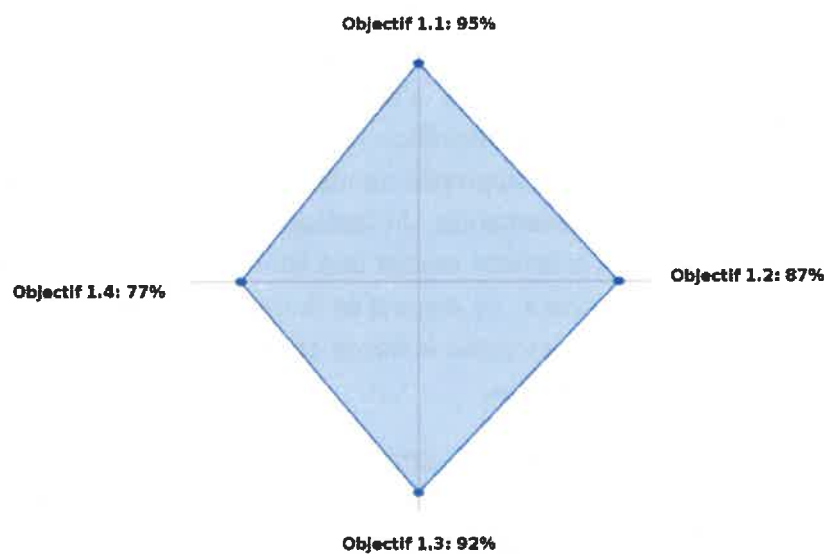
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	88%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	75%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	83%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presque-accidents	80%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	92%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	12%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	75%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **88%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	95%
1.2	L'information du patient	87%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	92%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	77%

Synthèse du chapitre 1

Malgré l'ancienneté des locaux, la présence de chambre doubles, les équipes mettent en place des pratiques permettant de respecter l'intimité, la dignité des patients, la confidentialité ainsi que le secret professionnel, il a été constaté que les informations médicales n'étaient transmises à la famille qu'avec l'accord préalable du patient. Cependant l'établissement n'a pas mis en place de procédure afin de détecter les connections illégitimes dans les dossiers patients informatisés (DPI). Les directives anticipées (DA) sont recherchées auprès des patients, toutefois certains aidants disent ne pas en avoir connaissance, les équipes précisent que la psychologue peut intervenir afin de compléter les informations en permettant la compréhension. La douleur est recherchée, prise en compte dans les pratiques de soins autant par la prescription d'anti-douleur que par la recherche de technique alternatives comme la chaleur, le froid, la relaxation par exemple. La bientraitance est au cœur des soins, le personnel est formé et il se l'est approprié, la maltraitance externe fait l'objet d'une procédure de déclaration qui est suivie par la gouvernance. Un tableau regroupant les principaux rites funéraires est affiché dans le poste de soins. Le service envoie une lettre de condoléances à la famille. Il existe une salle de recueillement « multi-cultes ». Le respect de la dignité du patient en fin de vie tout au long du parcours et la prise en charge du corps après le décès est réalisée de manière respectueuse, depuis l'unité de soins jusqu'à la chambre mortuaire.

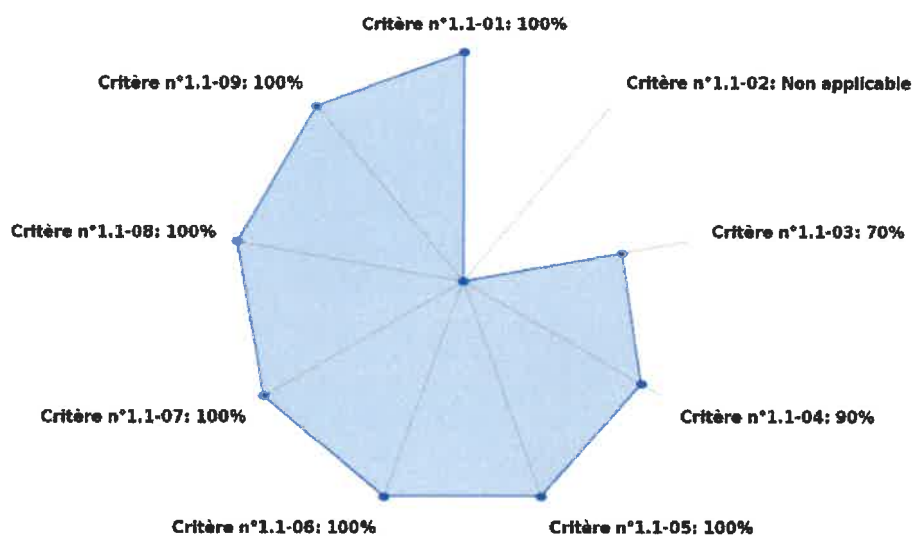
Un livret d'accueil est remis au patient dès son arrivée, des explications lui sont fournies par l'équipe paramédicale et médicale. Le site internet permet de compléter les informations si nécessaire. Les patients sont identifiés à l'aide d'un bracelet toutefois en Hôpital de Jour (HdJ) aucun moyen d'identification est mis en place. L'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) n'est pas connue de tous les patients. En prévision de sa sortie le patient est accompagné, l'ergothérapeute se rend au domicile afin d'organiser au mieux la sortie et le suivi de la prise en charge. L'information sur la présence des Représentants des Usagers (RU) au sein de l'établissement est retrouvée cependant il n'est pas mis en place, faute de moyen technique, une adresse mail dédiée aux RU, de fait les demandes les concernant doivent passer par la direction de l'établissement.

Le Projet d'Accompagnement des Patients (PAP) est construit en amont de sa prise en charge, il est ajusté dès la prise en charge du patient lors de l'entretien infirmier couvrant tous les besoins du patient, il est intégré au projet de soins signé par le patient ou les aidants, il est revu lors des staffs pluridisciplinaires organisés dans tous les services de l'établissement, il est retrouvé dans les dossiers ainsi que tous les éléments permettant sa constitution et son suivi. La désignation de la personne de confiance est retrouvée dans tous les dossiers, cependant certains formulaires ne sont pas signés. Des ateliers de culinothérapies sont organisés par petits groupes par la diététicienne et l'ergothérapeute dans la cuisine thérapeutique de l'établissement, cependant l'éducation thérapeutique n'est pas formalisée selon l'attendu de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le temps de présence de l'assistante sociale a été élargi afin qu'elle puisse intervenir en cas de besoin sur demande de l'encadrement en Unité de Soins Longue Durée (USLD). L'autonomie du patient est respectée, elle est recherchée et parfois même « recouvrée » après l'intervention des équipes. En USLD des activités sont proposées par l'équipe des animateurs communes avec l'EPHAD de l'établissement. Les facteurs de risques liés à l'âge sont pris en compte dans les soins et dans les informations fournies aux patients et à leurs proches. Les proches et les aidants sont intégrés à la prise en charge des patients si nécessaire.

En USLD les retours des enquêtes de satisfaction des patients sont très peu nombreux ne permettant pas de les analyser et d'en déduire des actions d'amélioration contrairement au service SMR qui a un retour exploitable. L'implication de l'ensemble des équipes et des RU dans la recherche de réponses se contaste donc uniquement en SMR. Cependant les patients rencontrés disent pouvoir exprimer leur satisfaction et leurs remarques en cas de besoin. Les résultats des évaluations externes sont parfois peu visibles par les patients et les aidants. Il n'y a pas de patient expert ou partenaire dans l'établissement, cependant les patients expriment leur expérience et leurs besoins lors de l'adaptation de leur parcours. Les RU sont impliqués dans la recherche de solutions pour améliorer la prise en charge des patients.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

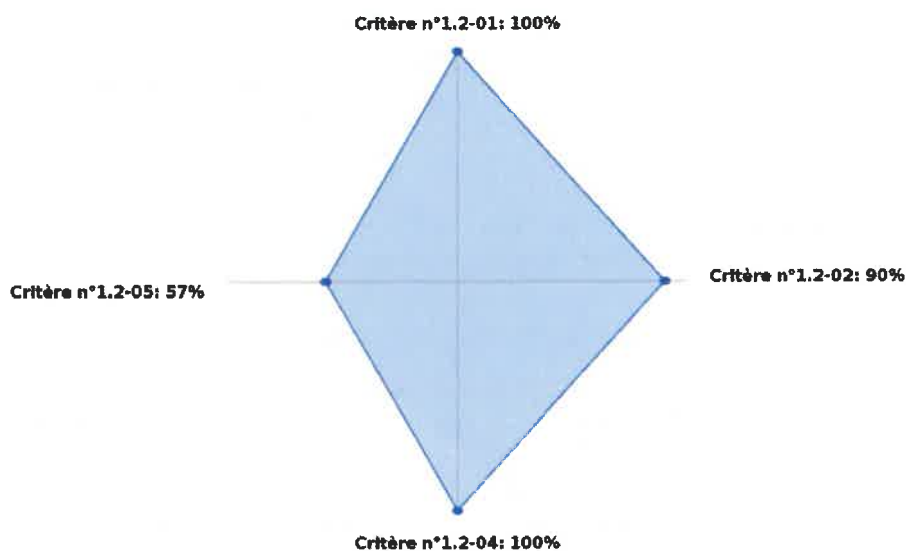
Score de l'objectif **95%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	70%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	90%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

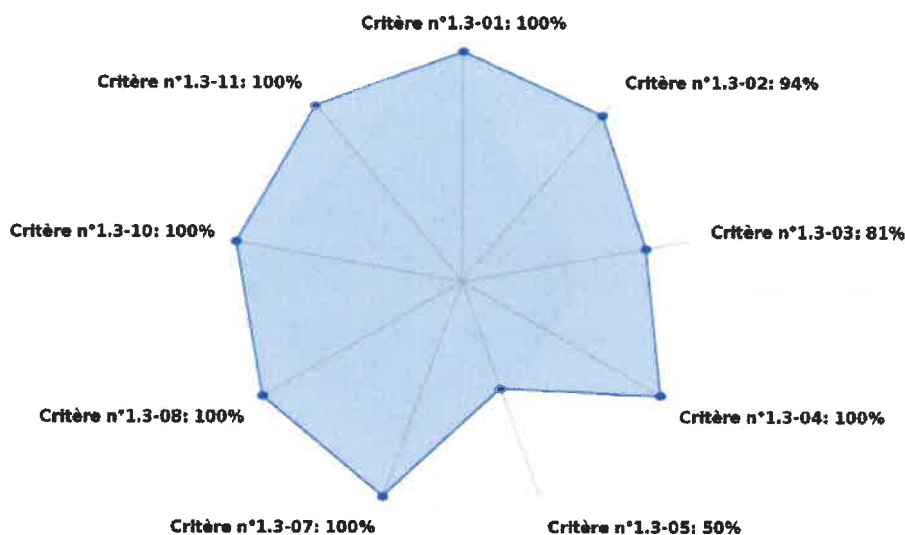
Score de l'objectif **87%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	90%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	57%

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

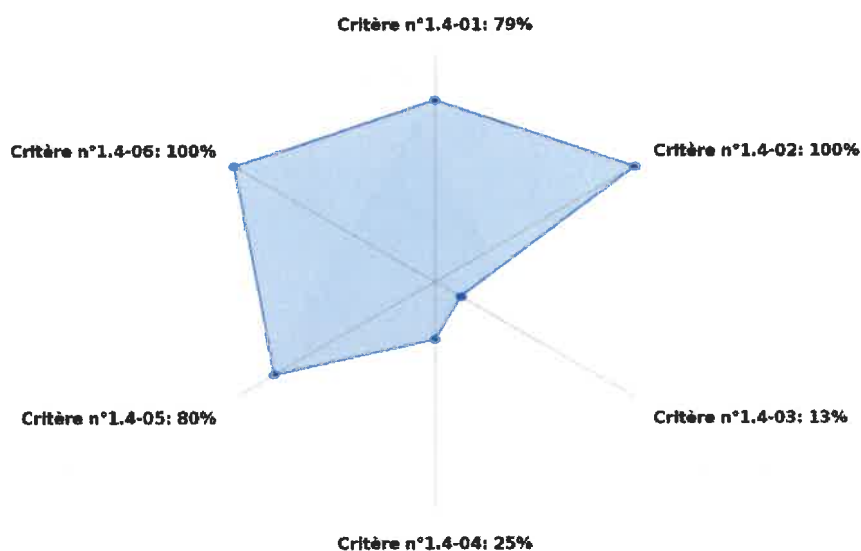
Score de l'objectif **92%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	94%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	81%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	50%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **77%**

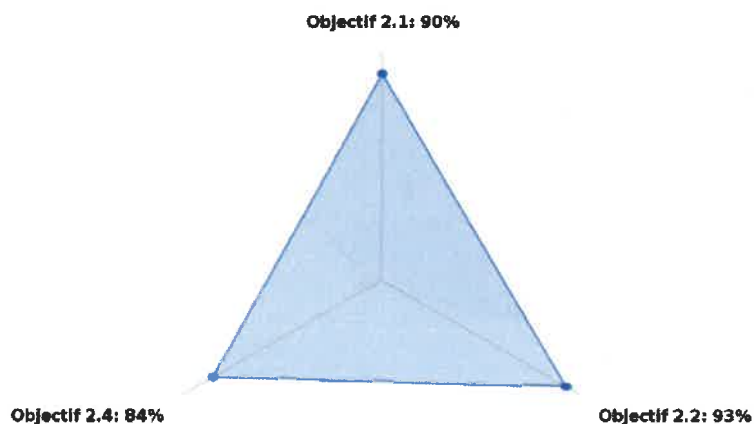


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	79%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	12%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	25%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	80%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **89%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	90%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	93%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	84%

Synthèse du chapitre 2

Le dossier informatisé du patient (DPI) est complet, il est maîtrisé par l'ensemble du personnel, il permet à tous les acteurs de la prise en charge d'avoir accès aux données du patient. La dynamique de groupe et la communication sont maîtrisées de l'équipe et constituent un véritable atout, contribuant directement à la qualité, à la continuité et à l'humanité de la prise en charge. L'équipe assure une prise en charge d'une grande qualité, portée par une communication fluide, un réel esprit de collaboration et une attention humaine constante envers les patients. La cohésion du groupe se reflète directement dans la bienveillance et l'efficacité des soins délivrés. Les fonctions support ; kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale et ergothérapeute, sont très impliquées autour des soignants dans le projet de soins. La gestion des situations palliatives est appuyée sur l'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Tulle, apportant expertise, recommandations, soutien à la décision et accompagnement des proches permet une prise en charge palliative personnalisée et respectueuse. Le suivi nutritionnel est assuré par la diététicienne de l'établissement, elle suit avec le chef cuisinier (cuisine interne) les caractéristiques nutritionnelles des repas. L'établissement ne dispose pas d'une équipe interne de brancardage, les transports des patients sont réalisés par les équipes en toute sécurité.

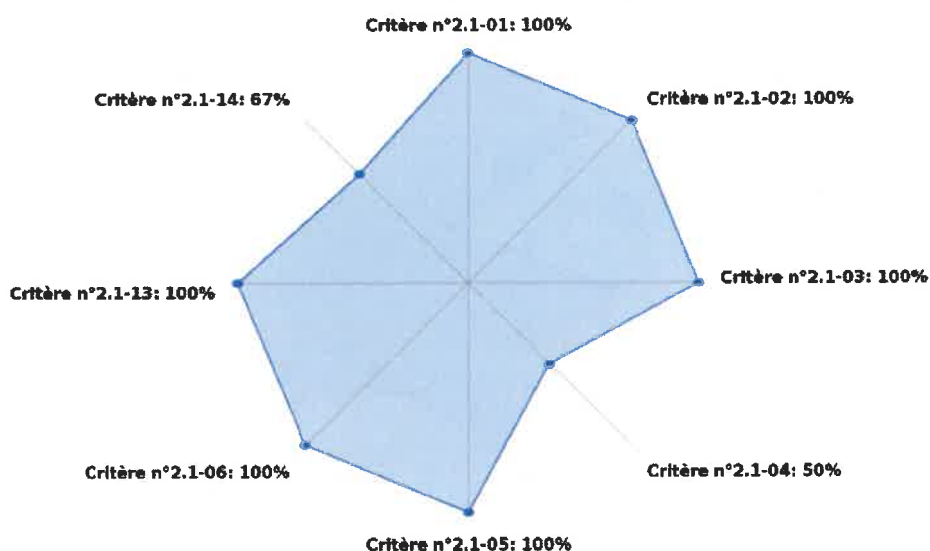
Les patients sont porteurs d'un dispositif d'identification sauf en HdJ. Les prescriptions médicamenteuses sont réalisées dans le dossier patient informatisé, elles tiennent compte des traitements habituels du patient qui sont connues par l'établissement avant l'entrée du patient. Les prescriptions conditionnelles ne sont pas toutes justifiées. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est retrouvée mais ils ne sont pas réévalués. La conciliation médicamenteuse est engagée mais elle n'est pas retrouvée dans tous les dossiers des patients dont le profil correspond à la cible, les dossiers analysés sont suivis par la pharmacienne mais l'évaluation de la pertinence n'est pas réalisée. Le circuit des médicaments est conforme, les médicaments à risque sont maîtrisés. L'administration et la non-administration sont tracées dans les dossiers. Les erreurs médicamenteuses sont déclarées et analysées en équipe pluriprofessionnelles par le personnel concerné. La démarche « auto administration » est mise en place, elle est suivie mais trop ressentie pour être analysée et réévaluée. Une infirmière et un pharmacien sont diplômés en hygiène (DU Hygiène hospitalière) elles accompagnent les équipes en matière d'hygiène, la sensibilisation est structurée et effective. L'infirmière hygiéniste, positionnée à 50% sur des missions d'hygiène, assure également des fonctions d'encadrement de l'équipe hôtelière (ASH), ce qui favorise une meilleure imprégnation des règles auprès d'un public élargi. Cette organisation contribue à valoriser les ASH, qui se sentent davantage impliquées dans la démarche de prévention des infections associées aux soins. Certaines limites ont toutefois été identifiées. Il n'existe pas de centrale de dilution des produits d'entretien. Les lavettes de nettoyage sont d'une seule couleur, ce qui ne permet pas de différencier facilement les usages par zone ou par type de surface. À l'inverse, le circuit des déchets et le tri apparaissent maîtrisés, et la procédure à suivre en cas de panne du lave-bassin et de la gestion des excréta sont connues des équipes. Les actions de sensibilisation sont régulières et intègrent l'ensemble des professionnels, y compris les vacataires et les étudiants. Les urgences vitales sont maîtrisées mais des exercices de mise en situation n'ont pas été réalisés auprès des professionnels et le numéro unique n'était pas formellement identifié et affiché ce qui a immédiatement été résolu par les équipes. Les procédures et l'utilisation des dispositifs médicaux invasifs sont maîtrisés mais le taux d'infection n'est pas suivi par

l'équipe d'hygiène.

Les protocoles et procédures sont disponibles dans la gestion documentaires ah doc. La démarche d'évaluation clinique est balbutiante, peu retrouvée. Les prescriptions d'antibiotique sont justifiées et suivi mais ne font pas l'objet d'une réévaluation entre la 24^{ème} ou 72^{ème} heure. Les contentions sont prescrites mais leur réévaluation n'est pas conforme aux règles de bonnes pratiques, les familles disent ne pas être informées de la mise en place de celle-ci.

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

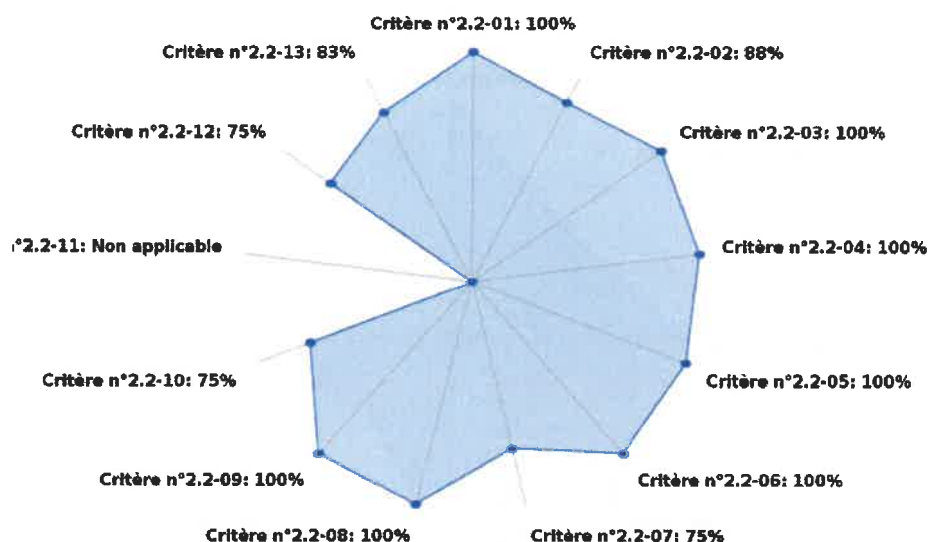
Score de l'objectif **90%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	50%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	67%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **93%**

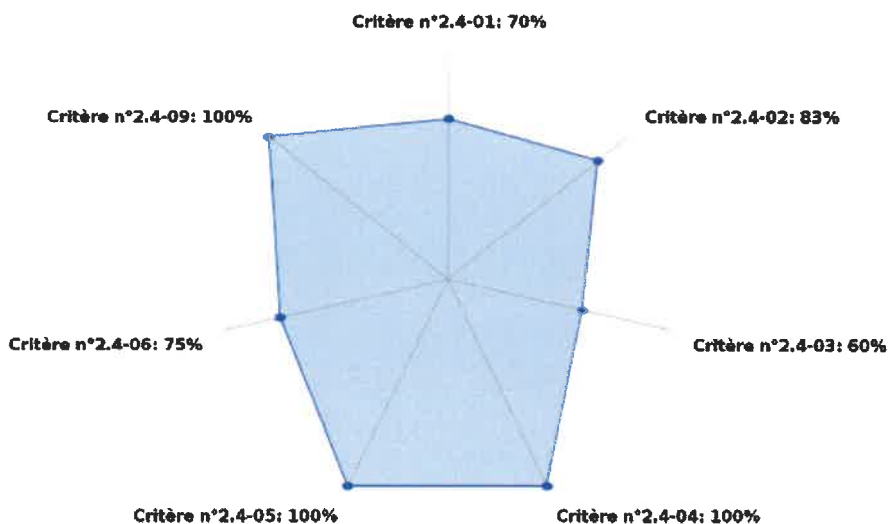


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	88%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	75%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%

2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	75%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	75%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	83%

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

Score de l'objectif **84%**

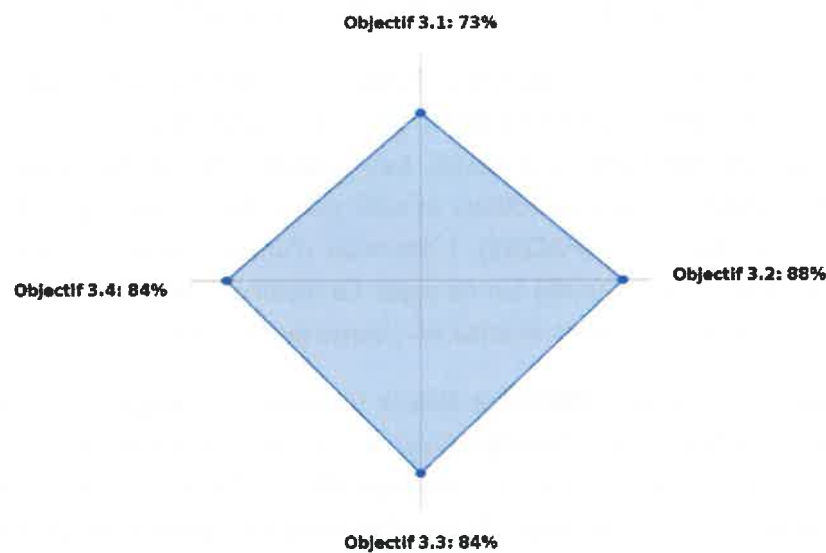


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	70%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	83%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	60%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	100%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	75%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **82%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	73%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	88%
3.3	Le positionnement territorial	84%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	84%

Synthèse du chapitre 3

L'établissement suit des indicateurs dans chaque domaine de risque en plus des IQSS il suit les excrétât, l'hygiène des chambres, les formations, l'utilisation du charriot d'urgence, la prévalence des escarres. Des plans d'actions en découlent, des pilotes sont nommés et le plan d'action est suivi annuellement par la gouvernance et la Commission Médicale d'établissement (CME) . Des protocoles sont en place mais certains ne sont pas à jour. Les risques sont identifiés et font l'objet d'un plan de gestion de crise validé par l'ARS. La cellule de crise est évaluée annuellement et fait l'objet de mises à jour si nécessaire. Un identito vigilant est nommé, il a une fiche de poste et connaît ses missions.

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont déclarés, font l'objet d'un comité de retour d'expérience (CREX) en fonction de l'impact sur la prise en charge du patient. Sont conviés aux CREX l'ensemble des personnels concernés par l'EIAS, Les actions sont trouvées collectivement, mises en place par l'encadrement dans tous les secteurs et suivi par la responsable qualité dans le programme d'action qualité sécurité des soins (PAQSS). L'annonce d'un dommage associé aux soins est faite oralement et le personnel n'est pas formé sur ce sujet. Le questionnement éthique se fait au niveau des équipes, l'établissement est investi dans la prise en charge bientraitante.

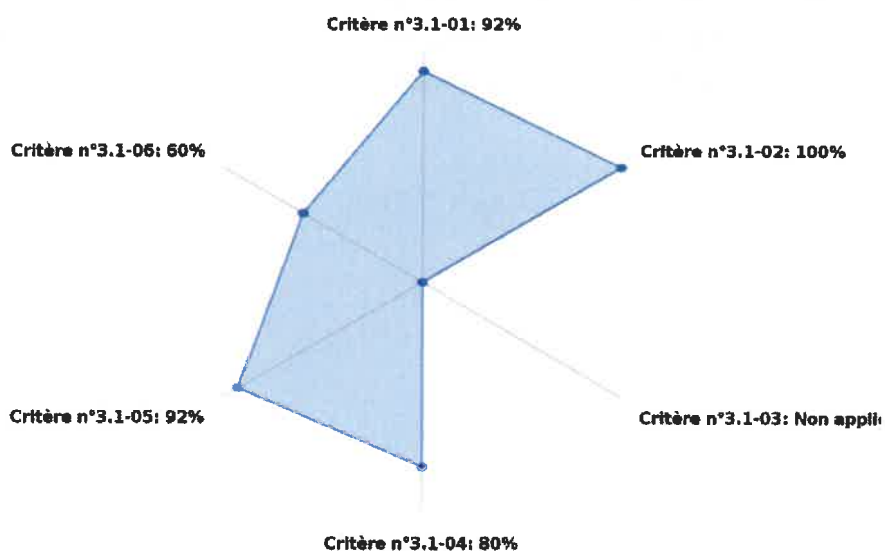
Le personnel est mobile entre les différentes filières de prise en charge. Il existe des protocoles de délégation de tâches (médicaments et toilettes) Des membres du personnel sont formateur « prévention des risques liés à l'activité physique du personnel soignants » (PRAPS). Il existe un livret d'accueil pour les nouveaux arrivants et les intérimaires. Un questionnaire de satisfaction Qualité de Vie au Travail (QVT) a été réalisé et un plan d'action en découlant est retrouvé. Des accords de télétravail existent et sont proposés à tout le personnel y ayant accès (60 à 70 jours par an ont été constaté en 2024). Les remplacements sont essentiellement faits en interne par la réalisation d'heures supplémentaires (HS) ou le déplacement de personnel d'un secteur à l'autre voir de changement des horaires de travail (travail en 12h pour couvrir la journée) Une enquête QVT a été réalisée, le travail sur les mesures à mettre en place est en cours. Le personnel c'est beaucoup impliqué dans les mouvements des patients en vue des déménagements successifs pour donner suite à la prévision des travaux sur l'USLD qui n'ont finalement pas eu lieu. Des staffs pluriprofessionnels sont organisés ainsi que des réunions mensuelles pour le personnel administratif. Le logiciel GESFORME est en place et permet de suivre les formations réalisées ainsi que les besoins en formation de l'ensemble du personnel. Le suivi en lien avec la médecine du travail n'est pas possible car il n'y a plus de service disponible, les reprises ou adaptation des postes sont réalisés en convention avec des médecins libéraux de TULLE. L'établissement est à la recherche d'un organisme prestataire. Il existe une médiation pour la résolution des situations conflictuelles. Le personnel est sensibilisé aux soins écoresponsables ainsi qu'aux actions mises en place.

Les filières sont identifiées, (gériatrie, post AVC ..) les échanges inter-établissements ont essentiellement lieu entre Tulle, Brive et Limoges avec lesquels l'essentiel des conventions sont passées ; hospitalisation à domicile, équipe mobile gériatrique, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de psychologie. Un des médecins fait partie de la CPTS de Corrèze, Les DA sont recueillies. Il n'y a pas d'indicateur de suivi des hospitalisations non pertinentes mais il y systématiquement un retour vers les établissements adresseurs en cas de non prise en charge. L'établissement accueille des stagiaires dans différentes filières.

La télémedecine est mise en place notamment pour le suivi des pieds diabétiques, de la gériatrie et des psychologues. Les formations sont organisées de manière à valoriser les compétences et à monter en compétence le personnel qui le souhaite, des VEA sont organisées pour monter en compétences les ASH en ASHQ, cette activité est proposée en fonction des places restantes aux autres hôpitaux partenaires qui y porte un réel intérêt. L'ES a participé aux portes ouvertes de Brive afin de valoriser et de faire connaître l'ES. Certaines parties de l'établissement pourraient être rénovées, ce qui est acté par la direction mais le budget ne permet pas d'engager les actions. Cette situation n'est pas toujours bien vécue par une partie du personnel. Un binôme développement durable est nommé, ils sont très impliqués dans leurs missions, l'ES a mis en place plusieurs actions écoresponsables dans les soins, tri des déchets, suivi des consommations eau par exemple.

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

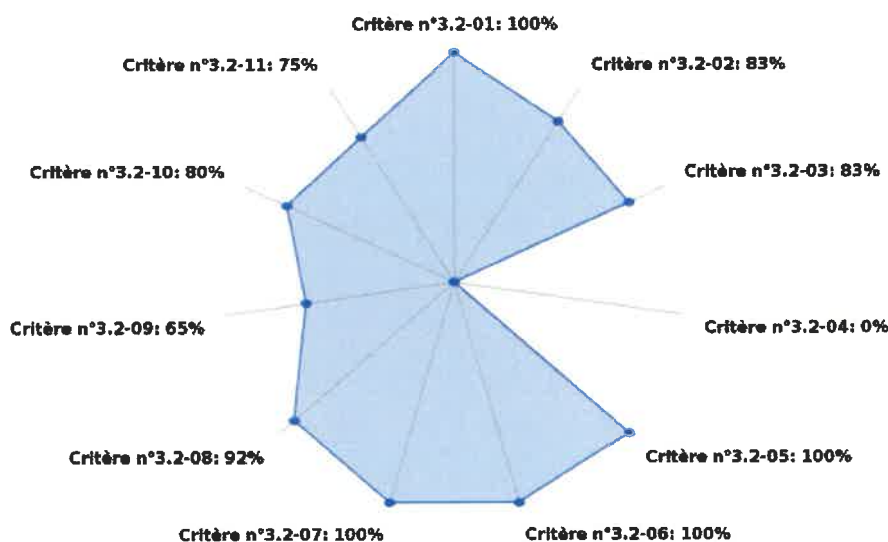
Score de l'objectif **73%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	92%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	80%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	92%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	60%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **88%**

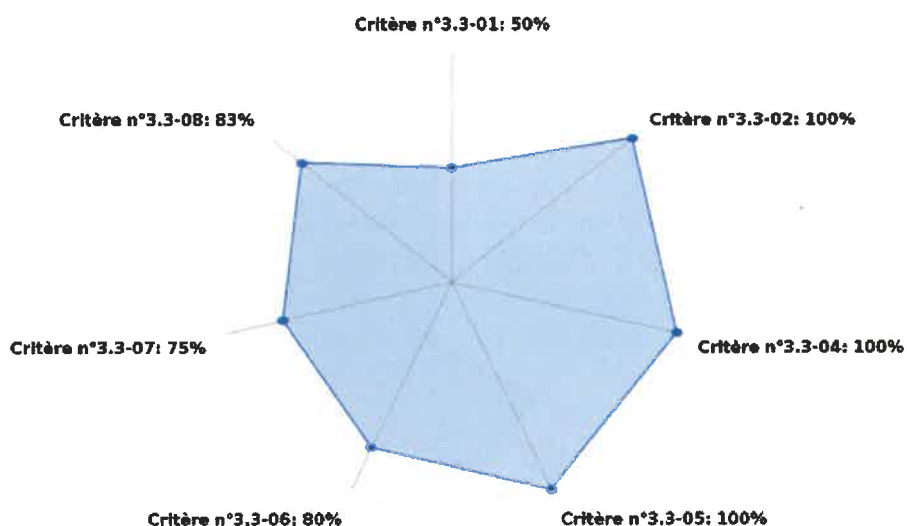


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	83%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	83%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	0%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	92%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	65%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	80%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	75%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

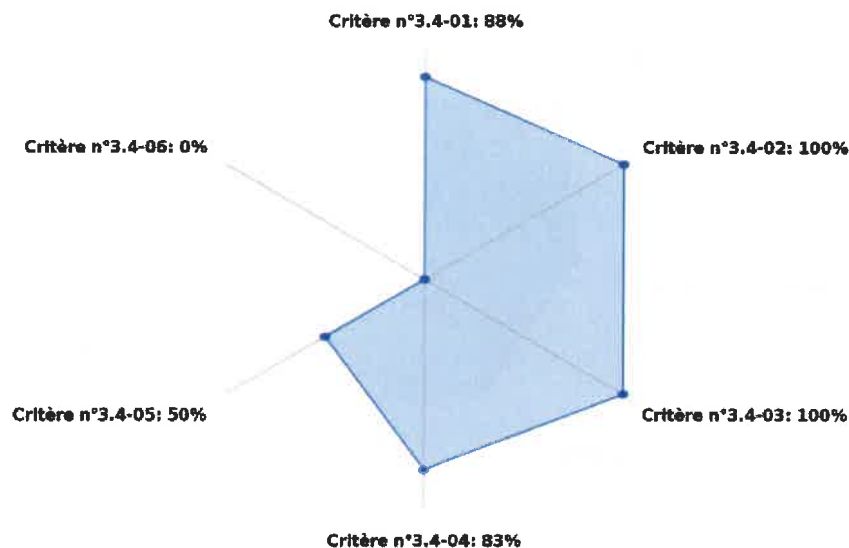
Score de l'objectif **84%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	50%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	80%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	75%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	83%

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

Score de l'objectif **84%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	88%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	83%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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



