



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**ASSOCIATION  
CIGALIERES**

4 RUE DU FIGUIER  
30320 MARGUERITTES



Validé par la HAS en Mai 2025

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Mai 2025

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	23

# 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 en concertation avec 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**

- 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 visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- 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 et du groupement, le cas échéant.

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

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors 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.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

# Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

# Présentation

ASSOCIATION CIGALIERES	
Adresse	4 RUE DU FIGUIER 30320 MARGUERITTES FRANCE
Département / Région	Gard / Occitanie
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non lucratif

**Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)**

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	300000759	ASSOCIATION CIGALIERES	180 RUE GUY ARNAUD 30900 NIMES FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

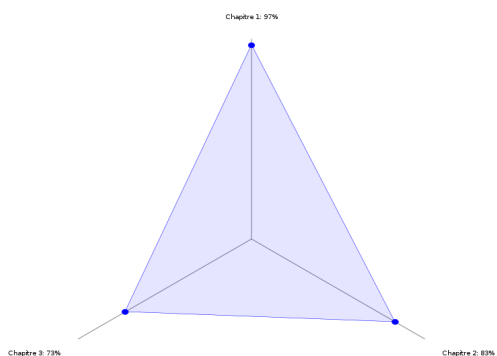
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

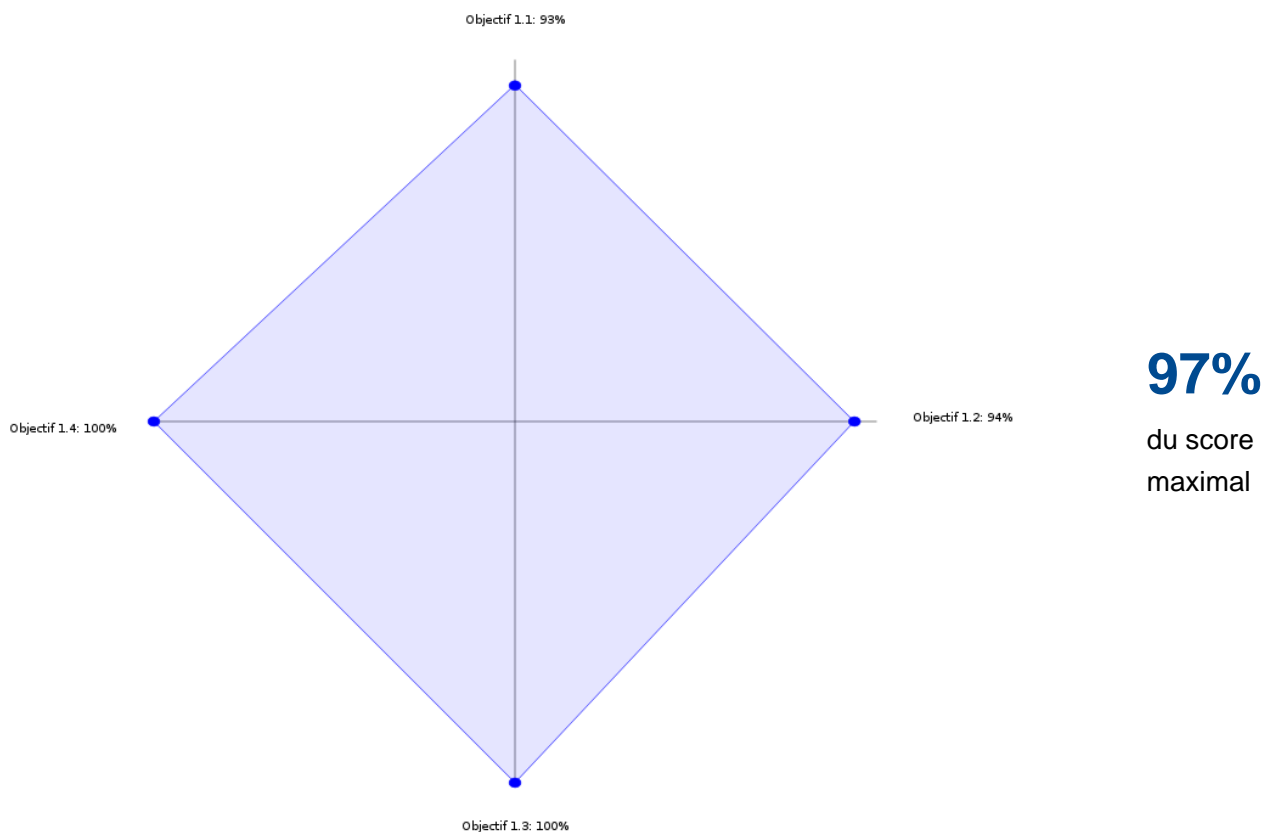
Au regard du profil de l'établissement, [105](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

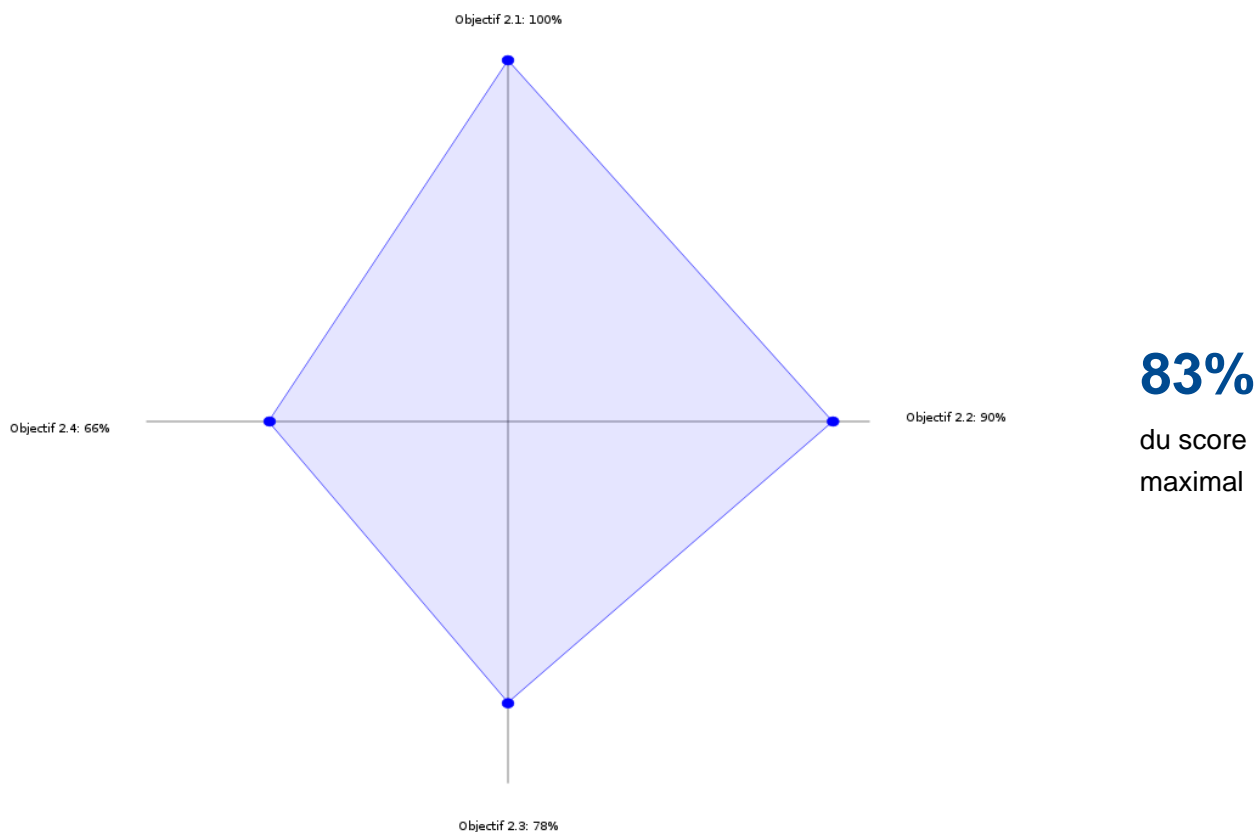


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	94%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient/responsable légal reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques. Le consentement est systématiquement recherché sur le projet de soins et tracé dans le dossier. Le patient/responsable légal est invité à donner son avis positionnant le patient en acteur du soin. La personne à prévenir est tracée dans le dossier. Un livret d'accueil et une plaquette informative sont disponibles pour le CMPEA. La charte de la personne hospitalisée est affichée dans les locaux du CMPEA et HDJ ainsi que l'information sur la CDU. Cependant la charte Romain jacob n'est pas affichée en HDJ, le service l'a mise le lendemain suite à la remarque de l'EV. A l'admission un document « Autorisation du représentant légal » est signé et inséré dans le dossier. Il valide les informations données et autorisations (autorisation de soins, livret d'accueil, coordination avec partenaires, ...). Le patient/

responsable légal rencontré n'avait pas connaissance de la possibilité de déclarer un évènement indésirable lié au soin (EIAS) pourtant cette information est affichée et présente dans le livret d'accueil. De même le patient/ responsable légal n'avait pas d'information sur le DMP et Il n'a avait pas non plus d'information sur le fait qu'il ne peut pas communiquer des données à caractère personnel avec le service par messagerie mail celle-ci n'étant pas sécurisée. Le recueil de l'expression des patients est fait lors des rencontres avec les professionnels (consultations, ateliers, ...). Un questionnaire de satisfaction biannuel est distribué. L'établissement respecte les droits des patients tel que l'intimité, la dignité. L'organisation des unités CMPEA et HDJ favorise l'intégrité, la confidentialité et le secret professionnel. L'environnement permet de répondre à la liberté d'aller et venir tout en protégeant les enfants. Ceux-ci ne sont jamais seuls, ils sont accompagnés par les parents ou par les professionnels lorsqu'ils sont amenés par un taxi (le chauffeur confie l'enfant a un professionnel et inversement) et en salle d'attente ils sont surveillés par la professionnelle de l'accueil. Les portes des services sont fermées à clés. Les prises en charge pour le CMPEA durent moins d'une 1 heure et pour l'HDJ une demi-journée. Les services n'accueillent pas de patient adulte. Le projet de soin intègre les besoins élémentaires et notamment ceux nécessaires au développement et au maintien de l'autonomie tout au long de la prise en charge. Concernant la douleur, elle est évaluée avec des échelles adaptées (san Salvador notamment, etc...). Un protocole est formalisé et validé par les médecins psychiatres. « En cas de suspicion de douleur physique » le patient est invité à évaluer et réévaluer sa douleur. Les soignants s'appuient sur un protocole validé par leur médecin pour le soulager. Les parents sont informés au moment du retour à domicile. Cependant il n'est pas retrouvé dans le dossier la traçabilité de l'évaluation et de la réévaluation de la douleur. Les proches et aidants sont impliqués, associés à la prise en charge. Les professionnels rencontrent régulièrement les responsables légaux afin qu'ils valident les projets de soins. Dans la mesure de leurs possibilités, les responsables légaux accompagnent les enfants au CMPEA, facilitant les rencontres avec les professionnels. Pour l'HDJ, deux types de groupes parents sont organisés sur des temps d'accueil sur une demi-journée à un rythme bimestriel environ ; cela s'adresse : Aux familles et aidants d'enfants porteurs de TSA et s'inspire des groupes DIAD (Dispositif d'Intervention Autour du Diagnostic) du CHU de Montpellier (CRA LR- PR BAGHDADLI) ; Aux familles et aidants d'enfants présentant des troubles du comportement sévères ayant un impact sur la vie familiale et sociale ; ce groupe s'inspire des groupes Barkley et des techniques de résistance non violente. Pour le CMPEA, mobilisation des parents et du système familial soit sous forme de guidance éducative parentale, soit sous forme d'un accompagnement psychologique ou pédopsychiatrique. Des thérapies familiales sont également proposées pour certaines situations. Les enfants pris en charge vivent avec leurs parents ou en foyer d'accueil. Lors de l'admission les conditions de vie sont prises en compte. L'assistante sociale des services apporte une aide pour orienter les parents vivant en situation de précarité.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



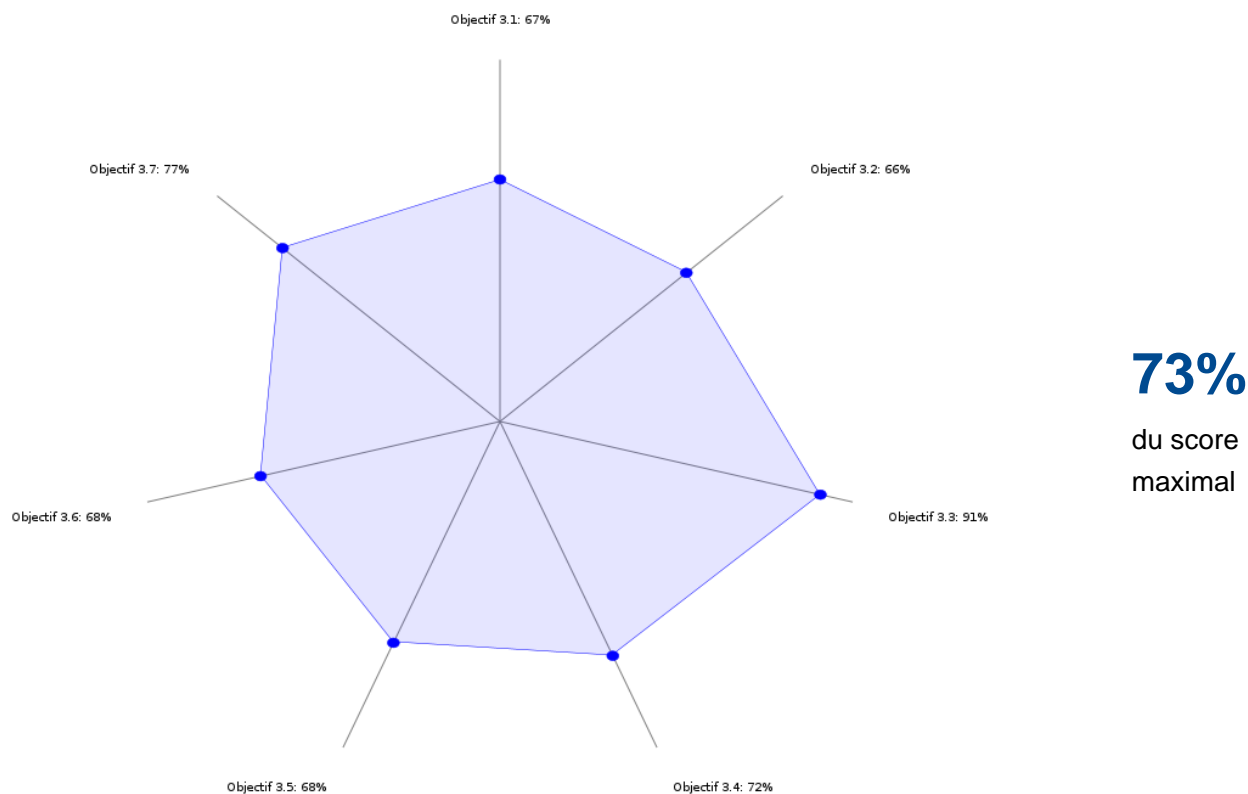
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	90%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	78%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	66%

Les décisions sur la prise en charge sont faites en équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, éducatrice spécialisée, psychomotricienne, ...). L'équipe se réunit chaque semaine en réunion clinique permettant de suivre le projet de soins. L'établissement (CMPEA et HDJ) n'applique pas de restriction de liberté. Dans le cas de situations d'agitations, l'apaisement est recherché. Celui-ci peut être fait dans une salle hypo stimulante ou dans la cour, l'objectif étant d'éloigner l'enfant de la source des tensions. Des protocoles formalisés, validés par les médecins pédopsychiatre et psychiatre, responsables des services du CMPEA et de l'HDJ sont connus des professionnels (« Apaisement » 15/10/24, « Maintien physique » 24/11/2024). Les protocoles indiquent que le médecin doit être informé et que s'il y a recours à un éloignement de l'enfant par rapport aux stimuli pouvant générer son agressivité, celui-ci ne peut excéder 20 minutes dans le respect de la dignité de l'enfant et se fait

en présence d'un professionnel. Une grille fonctionnelle intégrée dans le DAI est remplie lors d'une situation d'apaisement et sur laquelle est retrouvé des informations permettant l'analyse de l'évènement en réunion clinique pluridisciplinaire hebdomadaire (l'élément déclencheur, le comportement et la réponse apportée). Les parents/responsables légaux sont systématiquement informés. La prévention du risque suicidaire est organisée selon un protocole sur le CMPEA, validé par le pédopsychiatre (Echelle RUD). Le service informe des numéros d'urgence sur la prévention du mal-être et du suicide et sur le site créé par le CHU Angers « Hopmaliste.fr ». Cependant ce protocole n'est pas retrouvé sur l'HDJ. Au regard des modalités de prise en charge (CMPEA et HDJ), il n'y a pas de prescription d'antibiotique. En cas de besoin les parents sont invités à consulter leur médecin traitant. Les équipes se coordonnent en réunions cliniques hebdomadaires. La taille des services favorise les échanges rapides entre professionnels. Sur le DAI il est retrouvé tous les éléments utiles à la prise en charge. Chaque professionnel peut y noter ses observations à la suite des différentes consultations ou ateliers. Ces informations sont accessibles à tous les professionnels participant à la prise en charge. Lors de l'installation du DAI, les équipes ont pu participer à la configuration de celui-ci. Cependant, l'espace de santé (DMP) n'est pas opérationnel à ce jour ainsi que le dossier pharmaceutique partagé. Dans le dossier d'admission de l'enfant il est demandé des copies du carnet de santé (naissance, suivis médicaux, vaccination, maladies contagieuses, hospitalisation). Cependant il semble que les parents ne souhaitent pas que les informations sur la prise en charge CMPEA ou HDJ soient notées lors de la sortie. L'examen somatique n'est pas réalisé sur les structures CMPEA et HDJ. Le dossier d'admission recueille des informations d'ordre somatique. Le suivi est réalisé par le médecin traitant de l'enfant. Les médecins pédopsychiatre et psychiatre contactent le médecin traitant ou spécialiste en cas de besoin avec l'accord des parents/représentants légaux. Un courrier à la sortie est transmis au médecin traitant et/ou psychiatre libéral notifiant le projet de soins, cependant ce courrier n'aborde pas notamment le traitement en amont et aval de la prise en charge. Les professionnels connaissent la secrétaire en charge de la vérification de l'identité à l'admission. L'HDJ utilise sur les portes manteaux les photographies des visages des enfants (avec l'autorisation des parents). En CMPEA il n'est pas retrouvé de dispositif, mais les patients ne viennent que pour des consultations. L'établissement n'a pas de cellule d'identitovigilance. Les vigilances sanitaires ne sont pas connues des professionnels, il n'y a pas de vigilants identifiés, et il n'existe pas de protocoles organisant les alertes descendantes et ascendantes. Seule, la pharmacovigilance ascendante est abordée dans le protocole « Déclaration d'effet indésirable susceptible d'être due à un médicament ou un produit ». Un protocole formalisé rappelle le circuit du médicament. Les médecins pédopsychiatre et psychiatre prescrivent très peu. Les prescripteurs sont principalement les psychiatres libéraux ou médecins traitants. Les prescriptions vues sont conformes aux attendus (Nom, date, posologie, durée, ...). Les médicaments sont amenés par les parents. Une convention est signée avec une officine de ville si nécessaire. La livraison n'est pas faite en caisse sécurisée. Concernant les médicaments à risque, les IDE n'ont pas été sensibilisées aux modalités d'utilisation de ces médicaments. Un seul médicament à risque était présent au moment de la visite dans les services. Les règles de bonnes pratiques d'hygiène des mains sont en place au regard des profils de patients admis sur les structures. Les professionnels les appliquent et en informent les enfants (lavage des mains). Les professionnels utilisent majoritairement le savon. Un audit « Pulp friction » est réalisé annuellement (janvier 2025). Le retour des résultats se fait en réunion d'équipe. Cependant il n'est pas retrouvé d'action d'amélioration au regard des résultats et les professionnels ne connaissent pas la consommation de soluté hydroalcoolique. Une IDE est référente hygiène, elle a reçu une formation HACCP et un audit sur la gestion des excréta a été fait en janvier dernier. Les services accueillent les enfants soit en consultations ou en groupe/atelier. Des informations sur les modalités d'utilisation des produits d'entretien, sur les protocoles d'entretien des locaux et du linge sont réalisées avec fiche d'émargement. Les conteneurs OPCT sont en place en HDJ mais non vu en CMPEA. Lors des consultations ou de la prise en charge en HDJ, les équipes de soins observent les enfants afin de prévenir ou gérer des situations qui pourraient devenir violentes. Toutefois, un plan de prévention collaboratif n'est pas établi avec les patients sujets à des épisodes de violence. Chaque semaine, lors de la réunion pluridisciplinaire, les résultats cliniques de chaque enfant sont évalués en fonction des objectifs définis. Cependant, lors de la

visite, aucune présentation des évaluations de la pratique professionnelle n'a été montrée. Un questionnaire de satisfaction est envoyé aux parents afin de recueillir des informations sur l'expérience des patients et leur prise en charge. Les verbatims obtenus offrent des retours précieux, mais l'analyse des résultats n'est pas réalisée en collaboration avec l'ensemble des professionnels concernés. De plus, les Responsables des Usagers (RU) ne sont pas impliqués dans le recueil de la satisfaction ni dans l'analyse des résultats. Ces derniers sont simplement affichés dans les services, sans une réflexion collective sur les actions à mener. Un document a été mis en place pour faciliter la déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Cependant, certains événements indésirables ne relèvent pas toujours du domaine des soins (par exemple, liés aux structures ou aux aspects techniques). L'ensemble des professionnels est informé de la procédure de déclaration. Toutefois, les Comités de Retour d'Expérience (CREX) et les Revues de Mortalité et Morbidité (RMM) ne sont pas encore instaurés, et il n'y a pas d'analyse approfondie des causes. De plus, l'identification des actions d'amélioration n'est pas réalisée en équipe. Actuellement, seuls les bilans biannuels, présentés aux équipes, sont élaborés en collaboration avec plusieurs professionnels. Cependant, ces actions d'amélioration ne sont pas intégrées dans le Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS).

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	67%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	66%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	72%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	68%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	68%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	77%

Les services sanitaires HDJ « l'Escalade » de 8 places et CMPEA « Le Bosquet » font partis de l'association Les Cigalières, établissement médico-social. Jusqu'en 2022 ces services fonctionnaient en GCS avec le CHU de Nîmes. Ils partageaient les mêmes fonctions supports, logistiques. Lors de l'arrêt du GCS, les services ont dû trouver des locaux et reconstruire une stratégie. L'établissement participe aux projets territoriaux de

parcours. Le ROR est actualisé, les partenaires identifiés. Le CHU s'est engagé à leur maintenir l'accès à ses services et la convention est en cours de signature dans les semaines à venir. A ce jour, les professionnels médicaux ont pu maintenir une démarche d'aller-vers, par habitudes de travail avec leurs anciens collègues médecins. Les services ont contribué à un CPTS mais qui ne fonctionne plus selon l'information de l'ARS et l'établissement est impliqué dans l'élaboration du PTSM qui n'est pas abouti à ce jour. Néanmoins un diagnostic territorial partagé de santé mentale (département du Gard) a été rédigé en 2021. Les professionnels sont informés des orientations des services au sein de l'association (Projet en cours d'équipe mobile pour se relier avec l'aval et faciliter les relais). Les ruptures de parcours sont identifiées. L'HDJ poursuit après la sortie des suivis en ambulatoire pour assurer la coordination médicale des soins des patients en attente d'un dispositif d'aval (durées souvent 2 ans). En CMPEA, la tranche des 16-18 ans est accueillie selon une certaine organisation pensée avec les secteurs de psychiatrie adulte : les patients primo requérants à la psychiatrie sont orientés vers le CMP adulte sauf dans le cadre de la déficience intellectuelle où ils sont admis au CMPEA. Si le patient était déjà suivi en CMPEA les soins se poursuivent jusqu'à 18 ans. L'établissement a mis en place cette organisation pour ne pas laisser certains jeunes sans solution. L'établissement n'a pas institué de suivi des délais de la lettre de liaison et des CR. En HDJ, le dernier projet personnalisé de l'année est donné à la sortie en main propre aux parents de l'enfant. Quelques fois un courrier est adressé au médecin traitant. En CMPEA, des courriers d'adressage médicaux sont faits. Les modalités de communication répondent aux attendus cependant une messagerie sécurisée n'est pas en place et cela ne permet pas d'échanger des données sensibles à caractère personnel entre usager et professionnels. L'établissement n'a pas déployé l'espace santé (DMP) et ni le dossier pharmaceutique, rendant leur usage non opérationnel. L'établissement propose des cohortes de patients pour des études scientifiques avec l'aval des parents/responsables légaux. Cependant il n'y a pas de repérage par la direction des professionnels désireux de s'engager dans des missions universitaires et de recherche. Les unités reçoivent des stagiaires psychologues, IDE et internes.... L'établissement a mis en place des questionnaires de satisfaction mais n'en a pas élaboré de spécifique sur l'expérience du patient (PREMS) ni sur les résultats sur sa santé (PROMS). Il est retrouvé sur les CR de la CDU des points sur les retours des enquêtes de satisfaction mais il n'y a pas d'analyse de faite avec l'aide des RU. En termes de communication, les professionnels ont reçu une formation lors de leur cursus initial. Il n'est pas retrouvé de formation dans les plans de formations 2023 et 2024. En 2022, une formation niveau 1 pour le PECS a été réalisée auprès d'un groupe de 7 professionnels apportant un outil supplémentaire de communication auprès des enfants avec TSA. Les professionnels sont connus des enfants mais rien ne permet de les identifier que ce soit prénoms ou métiers. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (2024 HAS) sont mises à disposition des professionnels par la responsable qualité. Un document « Démarche de prévention et lutte contre la maltraitance - Culture et promotion de la bientraitance » a été rédigé en 2024 à partir de ces RBPP et présenté aux professionnels. Il aborde l'identification de la maltraitance et les conduites à tenir. L'établissement n'a pas fait d'analyse et ne recherche pas par le PMSI. Il y a très peu de signalement (CMP / HDJ : 1 par an) mais beaucoup de situations sont suivis par l'ASE. Les 2 lieux de prises en charge des enfants sont pour l'un (CMPEA) accessible seulement aux PMR mais pour l'HDJ la maison à étage ne permet pas l'accueil d'une personne en situation de handicap type PMR, visuel etc.... La commission des usagers a été informée du nombre de demande (1 dossier dans le CR CDU 2023), mais les délais de transmission ne sont pas abordés. Une procédure de demande de dossier est en place et affichée. Le délai est respecté et analysé (1 demande par an). L'établissement n'a pas mis à disposition du patient une information sur "Mon Espace Santé" et son usage. L'action de déploiement n'a pas encore été planifiée par l'établissement. Il existe 3 réunions par an de la CDU donnant lieu à un CR. Le nombre de plaintes et réclamations, des EIAS, des réponses aux questionnaires de satisfaction, sont abordés en réunion. Les représentants des usagers sont connus des professionnels mais ne sont pas impliqués au sein de l'établissement. Ils ne participent pas à des actions de sensibilisation et d'information auprès des patients/responsables légaux. L'avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueils, locaux, signalisation...) n'est pas retrouvé. Les représentants des usagers ne contribuent pas à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge. Une

politique qualité et de la Gestion des Risques Associés aux Soins 2024-2028 est rédigée et validée par le Copil Qualité en septembre 2024. Cette politique repose sur 6 principes (L'écoute patient-usager, L'exercice de la gouvernance et du pilotage, Une démarche de nature participative, L'amélioration continue- la résolution de problèmes et le traitement des dysfonctionnements, Une approche méthodique et Un plan de communication). Un comité de pilotage est en place (direction de l'établissement, chef de service, médecins des services concernés, responsable qualité associative, référente qualité de l'établissement et professionnel représentant chaque service) n'intégrant pas les RU. Les rencontres sont trimestrielles pour assurer le suivi de la politique Qualité définie, le suivi du PACQS et alimenter les actions prioritaires d'amélioration. Des outils sont développés (audits et bilans, groupes de travail d'amélioration des pratiques, « Flash qualité » hebdomadaires, ...) afin d'évaluer les axes d'améliorations identifiés. Les professionnels participent à la mise en place de la démarche qualité, cependant la culture sécurité des soins est moins connue des professionnels (ex : enquête culture de sécurité...), elle n'est pas évaluée. Les équipes sont constituées de professionnels formés et diplômés (médecin, psychologue, éducateur spécialisé, psychomotricienne, IDE, assistante sociale, ...) maîtrisant leurs missions. Les rencontres pluridisciplinaires hebdomadaires permettent aux équipes de partager des objectifs de prise en charge et de définir des orientations claires. L'établissement n'a pas de comité éthique construit au sein de l'association (en cours de réflexion) néanmoins la direction soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs. Il n'y a pas eu d'état des lieux des questionnements éthiques partagé avec l'ensemble des acteurs. Des interventions ponctuelles ont été faites sur le sujet auprès des professionnels (« Développer la réflexion éthique » – jeudi 16 mai 2024, « La conscience éthique dans le secteur médico-social » devis en cours dont le secteur sanitaire pourrait bénéficier). Les RU ne participe pas à cette réflexion. Des dispositifs de soutien des professionnels pour améliorer l'organisation du travail existe (CSE), pour les professionnels prenant en charge les enfants, 4 fois par an pour le CMPEA et 1 fois par mois pour l'HDJ, des réunions de 2h sont planifiées (Cartographie des réunions des services sanitaires Maj. 09/2024) ayant comme sujet « Prendre du recul sur la pratique » et « Prévention des RPS » mais il n'est pas retrouvé de CR de ces réunions. La politique QVT n'est pas rédigée. Un questionnaire de satisfaction vierge de 2020 a été présenté mais l'analyse des résultats et les actions mises en place n'ont pas été présentées. Un plan de continuité (PCA) et le plan blanc sont rédigés au regard du profil de l'établissement. L'identification des risques sont réalisée par la direction mais ils ne sont pas retrouvés formalisés. Il n'est pas organisé de simulation. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Les patients disent connaître les règles de sécurité et les solutions de sécurisation des objets personnels. Les situations à risque pour les patients (fugues, suicides, ...) sont répertoriées. Une évaluation du risque suicidaire (RUD) est réalisée si besoin. L'établissement ne reçoit du public qu'en journée. Les locaux sont fermés la nuit, les ouvertures sont faites avec un code ou un badge. Pour les personnes hors du service, l'ouverture est faite par un professionnel. Le personnel rencontré ne connaît pas toujours les règles de sécurité ainsi que les solutions de sécurisation en cas de situation critique (tapage, agression, intrusion...). La prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisée. Dans chaque protocole abordant une urgence, il est indiqué la marche à suivre en cas d'aggravation vitale (Epilepsie, œdème de Quincke, fausse route, ...). Un numéro unique est noté : le 15. A notre arrivée plusieurs numéros étaient affichés en salle de soins, après notre remarque l'établissement a immédiatement mis en conformité la lisibilité d'un numéro unique soit le 15 et l'information a été faite auprès des professionnels. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgences (AFGSU pour IDE et SST pour tous les autres professionnels) cependant il n'y a pas d'exercice de mise en situation entre les formations ce qui ne permet pas la maîtrise des gestes de secours et la capacité à détecter les symptômes d'une urgence vitale. Les services sont dotés de sac d'urgence, révisés et tracés tous les mois par les professionnels. Cependant l'accessibilité des sacs d'urgence n'était pas optimisée, la remarque des experts visiteurs a été prise en compte, l'établissement a immédiatement rendu les sacs accessibles tout en les sécurisant. L'établissement n'est éligible que sur l'IQSS vaccination auquel il a répondu. Les verbatims du patient/responsable légal peuvent donner lieu des actions d'amélioration et être intégrés au programme d'amélioration de la qualité. Cependant il n'y est pas retrouvé de contributions des RU et les professionnels ne connaissent pas leurs recommandations.

La gouvernance mobilise les bonnes pratiques. Une gestion documentaire est en place, accessible par l'informatique et doublé par un classeur (version papier) dans chaque service. La GED est suivie par la référente qualité de l'établissement. Chaque semaine la réunion pluridisciplinaire correspond à une revue de pertinence s'assurant de l'adéquation des soins aux besoins du patient. Le projet de soins élaboré est validé par les patients/responsables légaux. La procédure d'admission en HDJ propose en amont une observation préliminaire en groupe afin de s'assurer de la pertinence du dispositif HDJ. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Pérenniser la sécurisation du circuit du médicament ; Assurer la réévaluation de la douleur ; Mettre en place des analyses profonde des causes, ainsi que des CREX et RMM suite aux déclarations d'EI ; Mettre en place des simulations et exercices dans le cadre de la procédure « urgence vitale ».

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- Annexe 3. Programme de visite

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	300000759	ASSOCIATION CIGALIERES	180 RUE GUY ARNAUD 30900 NIMES FRANCE
Établissement principal	300002896	HOPITAL DE JOUR NIMES EST LA CALADE	4 RUE DU FIGUIER 30320 MARGUERITTES FRANCE
Établissement géographique	300786753	CMPEA LE BOSQUET	77 bis route de sauve Centre Médico Psychologique pour Enfants et Adolescents 30900 Nimes FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		N/A
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		"médicament à risque / antibiotique injectable / per os"
4	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
5	Audit système	Leadership		
6	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident
7	Audit système	QVT & Travail en équipe		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
10	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
11	Audit système	Engagement patient		
12	Audit système	Représentants des usagers		
13	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
14	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale	

			Tout l'établissement	
15	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
17	Audit système	Dynamique d'amélioration		
18	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
19	Audit système	Coordination territoriale		
20	Audit système	Maitrise des risques		

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

