



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE CONTI

3 chemin des trois sources
95290 L'Isle Adam



Validé par la HAS en Novembre 2025

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 – Novembre 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	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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

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

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

CLINIQUE CONTI	
Adresse	3 chemin des trois sources 95290 L'Isle Adam FRANCE
Département / Région	Val-d'Oise / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but 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	950000521	SA CLINIQUE CONTI	3 chemin des trois sources 95290 L'Isle-Adam FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

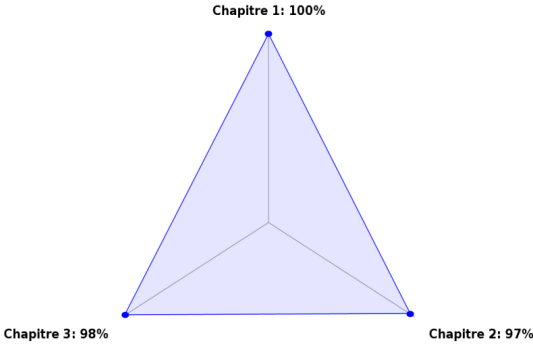
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

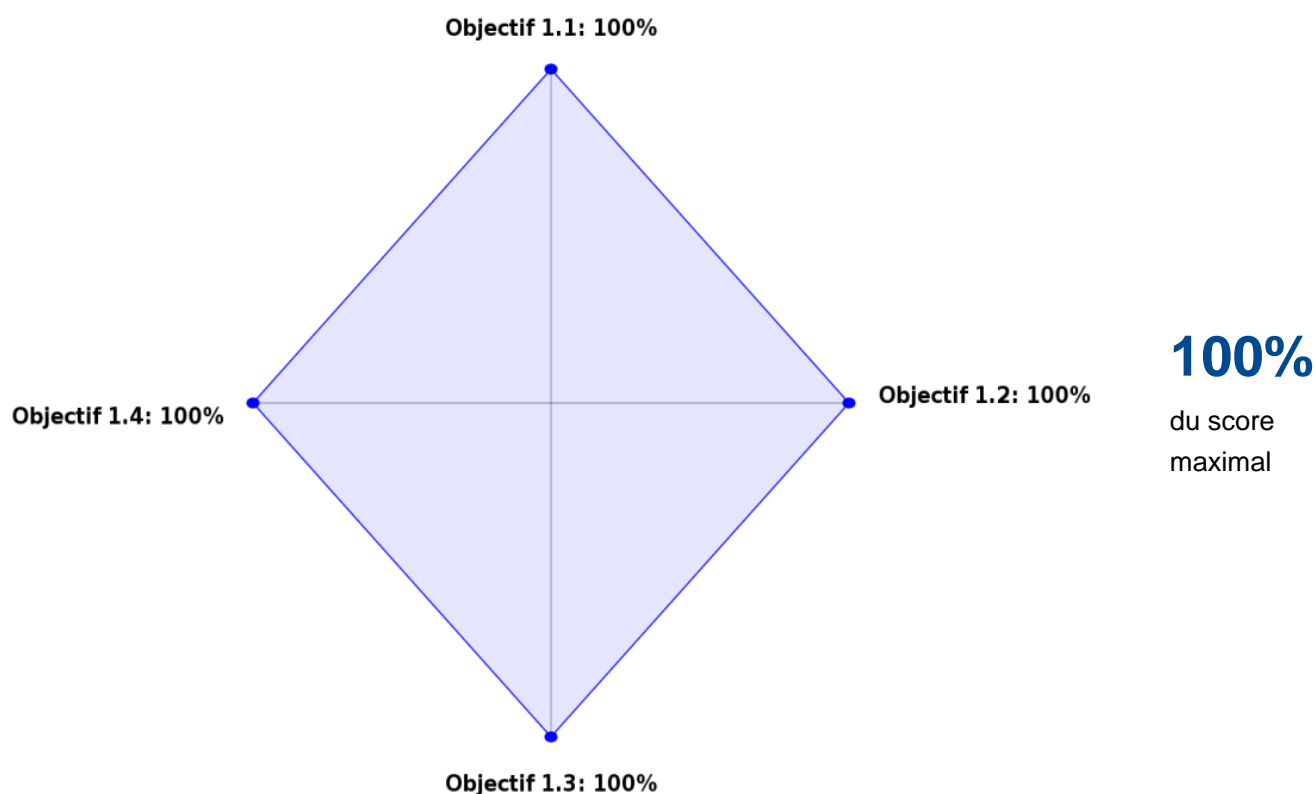
Au regard du profil de l'établissement, [110](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

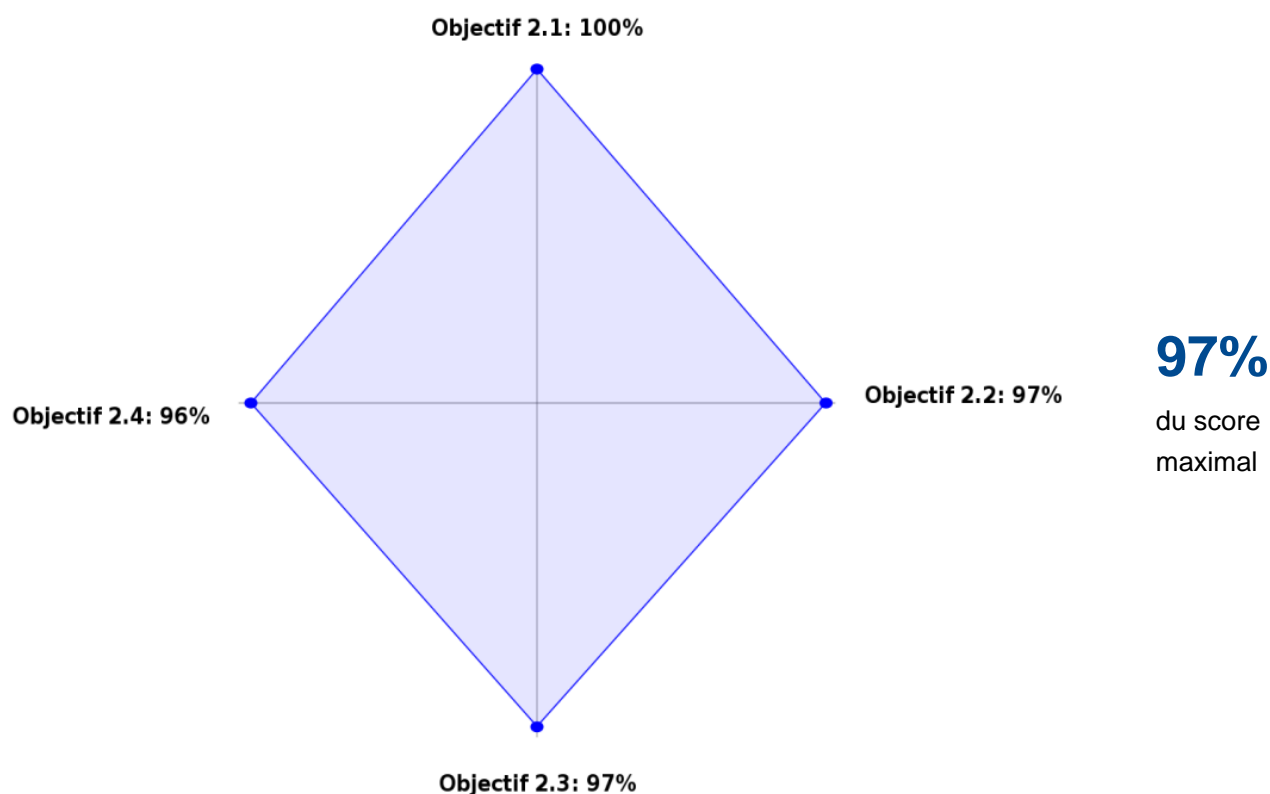


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le patient est informé et l'établissement favorise son implication. Le patient reçoit systématiquement une information claire et adaptée sur ses droits et son état de santé. Dès son premier contact avec l'établissement, il bénéficie d'informations complètes et variées sur les modalités de sa prise en charge. Il est renseigné sur ses droits grâce aux chartes affichées et à la remise du livret d'accueil institutionnel, parfois complété par un livret spécifique au service d'accueil. L'affichage des divers documents utiles à son information est complet et réalisé dans le hall d'accueil, dans les salles d'attente et à l'entrée de chaque service, sur des tableaux thématiques permettant une meilleure lisibilité. Des informations sont délivrées également sur les téléviseurs des zones d'attente ainsi que dans les chambres. Durant son séjour, il reçoit spontanément des informations sur son état de santé et sur l'organisation de ses soins, comme en ont témoigné les patients rencontrés. Les médecins et l'équipe soignante l'impliquent dans l'élaboration de son projet de soins, en l'informant sur les bénéfices et risques, afin

qu'il puisse exprimer un consentement libre et éclairé. L'avis de l'enfant sur son projet de soins est recueilli et tracé. Un projet de naissance est systématiquement proposé aux futurs parents, accompagné par l'équipe et par une référente « Materniteam » chargée de leur expliquer le déroulement du suivi de la grossesse. La désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir sont retrouvées dans l'ensemble des dossiers consultés. En cas de pose de dispositifs médicaux implantables, leur identification et l'information du patient sont tracées dans le dossier et dans la lettre de sortie. Tous les patients reçoivent une information de principe sur l'acte transfusionnel lors de la consultation préanesthésique. Et si celle-ci est effective, un document d'information plus spécifique leur est donné. Le patient reçoit systématiquement une information sous forme d'une « chemise patient » ou d'un livret quand il bénéficie d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire ou en chirurgie conventionnelle. Dans certains services (chirurgie bariatrique), une infirmière référente explique, à partir du livret, le déroulé du chemin clinique au patient. Il connaît son droit à rédiger des directives anticipées qui figure dans le livret d'accueil, et les professionnels veillent à la traçabilité. Le point de vue du patient est toujours pris en compte comme il a été constaté lors des rencontres avec les patients et les équipes de soins. Les modalités pour contacter les représentants des usagers (RU) sont affichées dans le hall d'accueil, à l'entrée de chaque service et dans chaque chambre, et reprises dans le livret d'accueil, qui détaille également comment soumettre une réclamation. Les patients rencontrés savent que l'équipe de soins peut consulter et alimenter leur dossier médical de Mon espace santé (DMP). Le patient est invité à exprimer son expérience via e-Satis et par le biais de questionnaires de satisfaction plus spécifiques comme en hôpital de jour. Le respect du patient est constant à toutes les étapes de sa prise en charge. Les échanges avec les patients rencontrés ainsi que les observations ont mis en avant le respect constant de leur intimité et de leur dignité de la part des professionnels. De même, les équipements et les pratiques garantissent cette dignité, notamment dans les chambres doubles qui disposent toutes d'un rideau central. Les patients mineurs bénéficient de box spécifiques dans le service ambulatoire et en salle de surveillance post-interventionnelle. Le personnel dédié à leur prise en charge est formé, et l'avis de l'enfant est recueilli. La présence des parents est recherchée. Le maintien de l'autonomie du patient vivant avec un handicap est préservé. Le recours à la contention mécanique fait l'objet d'une procédure institutionnelle et relève d'une décision médicale argumentée, tracée et réévaluée y compris pour la pose de barrières de lit. L'anticipation, l'évaluation et le soulagement de la douleur ont été retrouvés systématiquement dans les dossiers et tous les patients rencontrés ont témoigné de leur satisfaction quant à leur analgésie. Les proches sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Les proches sont incités à s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins, en fonction des besoins et préférences exprimés par le patient. Leur accueil est suscité et leurs avis sont recherchés. Leur présence, quand la situation le nécessite, est favorisée dans tous les secteurs. Des lits accompagnants sont disponibles. La prise en charge du patient tient compte de ses conditions de vie. Les parcours de soins des patients font l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle. Les conditions de vie habituelles du patient sont prises en compte pour organiser sa sortie et l'établissement fait appel à une assistante sociale si besoin.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



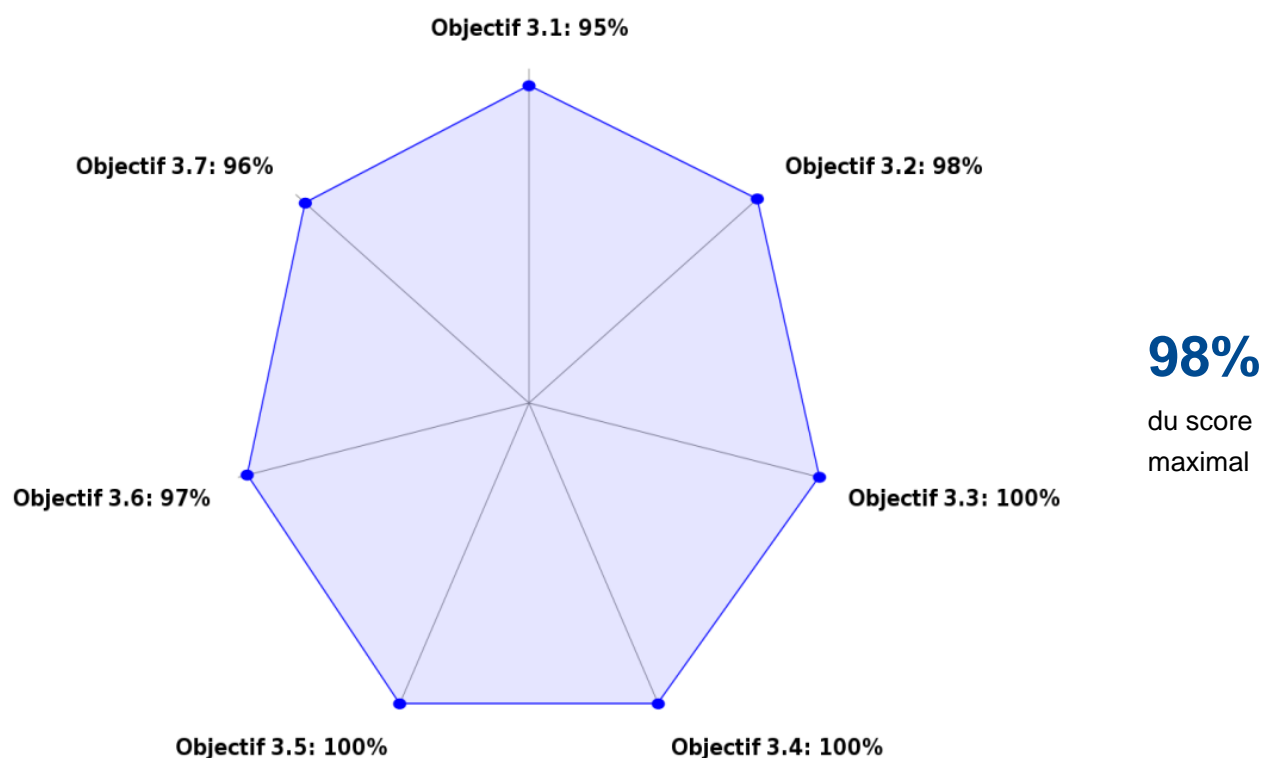
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

Les décisions de prise en charge sont argumentées au sein de l'équipe. Les prescripteurs disposent d'un livret antibiothérapie dans le logiciel de prescription. Un référent antibiotique est désigné dans l'établissement et il est également possible de contacter un référent à l'hôpital de Pontoise ou les centres hospitaliers d'Amiens ou de Tourcoing. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et tracée dans les dossiers des patients. Une réévaluation est faite systématiquement à la 72ème heure grâce à une alerte dans le dossier patient informatisé. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles est également toujours argumentée, et une analyse rétrospective est régulièrement réalisée.. La coordination pluriprofessionnelle des équipes pour la prise en charge des patients est effective. Le dossier du patient est en grande partie informatisé et comporte les éléments utiles à sa prise en charge qui sont accessibles à l'ensemble des professionnels. L'accès au DMP par les professionnels est mis en œuvre dans l'établissement. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du

projet de soins et assurent une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long du parcours du patient, notamment en chirurgie bariatrique, en maternité (avant l'accouchement comme en post-partum avec un hôpital de jour dédié à la détection et à la prévention de la dépression du post-partum) ou en chirurgie avec la récupération améliorée après chirurgie orthopédique. Des référents hygiène et bientraitance sont présents dans chaque service. La conciliation médicamenteuse est mise en place pour les patients de médecine. Un conseil de bloc est en place permettant d'établir et d'arbitrer la programmation opératoire. Les différents points définis dans la charte de bloc sont respectés. La check-list « sécurité du patient » est adaptée selon le secteur d'activité (bloc opératoire ou endoscopie) et fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Cependant, la traçabilité de la présence du chirurgien et de l'anesthésiste ne sont pas retrouvées sur les check-lists dans les dossiers antérieurs à la visite. Pour autant, leurs identités figurent bien sur la feuille d'écologie du DPI. L'établissement a été réactif et a corrigé ce point, en effectuant une modification du logiciel. Les noms apparaissent maintenant sur les check-lists présentes dans les dossiers des patients hospitalisés durant la visite. La lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin. Les risques liés aux pratiques médicales et soignantes sont maîtrisés par les équipes. Les équipes connaissent les vigilances sanitaires et leurs correspondants. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation sont respectées, et la pharmacie réalise l'analyse pharmaceutique, mais le bilan thérapeutique n'est pas toujours retrouvé dans la lettre de liaison. Les produits injectables sont identifiés de manière conforme avec une étiquette patient jusqu'à l'administration. Les bonnes pratiques de stockage et d'administration du médicament sont respectées. L'établissement a établi une liste de médicaments à risque avec les mesures barrières, différente et adaptée selon les secteurs. Une alerte apparaît dans le logiciel de prescription au niveau du plan de soins pour alerter l'infirmière. Les professionnels sont formés aux risques spécifiques induits par leur utilisation et disposent de livrets d'information. Les professionnels respectent les règles de gestion des médicaments à risque ainsi que les règles de stockage. Il a cependant été constaté une fois chez un patient de retour du bloc opératoire une seringue électrique d'anesthésique local ne comportant que le nom de la spécialité, sans le dosage ni la vitesse et sans identité du patient. La seringue a été réparée et étiquetée correctement. Par ailleurs, les étiquettes existantes destinées à l'identification des médicaments injectables et précisant les informations sus-citées ont été adaptées aux médicaments à risque: ajout d'un fond jaune, couleur commune à tous les médicaments à risque au sein de l'établissement. Elles ont été présentées aux services de soins dès le soir-même. De plus, des tubulures spécifiques de couleur noire (détrompeurs) sont utilisées en cas d'anesthésie loco-régionale. L'équipe a rédigé immédiatement une fiche d'événement indésirable et un CREX devait suivre. En cas de transfusion, la traçabilité est assurée dans le dossier du patient et les protocoles de prise en charge sont connus. Le taux de destruction est mesuré et suite à un résultat élevé, des mesures correctives ont été mises en place, aboutissant à un taux nul cette année. L'environnement du patient est propre, tant dans les chambres que dans les postes infirmiers et les couloirs. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont respectées, et les solutions hydroalcooliques sont largement disponibles dans tous les locaux et chambres. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), composée d'une infirmière hygiéniste et d'un médecin infectiologue, s'appuie sur sept correspondants dans les services de soins (jour comme nuit) et au plateau technique. Un livret sur l'hygiène hospitalière rédigé par l'EOH a été distribué à l'ensemble du personnel. Des audits ont été réalisés en fin d'année 2024 sur l'hygiène des mains et sur le respect des précautions standard et complémentaires. De même, les bonnes pratiques permettant de maîtriser le risque infectieux per-opératoire et celui lié aux dispositifs médicaux invasifs sont respectées. Des travaux récents ont été accomplis dans le local de lavage des endoscopes : la porte entre la salle de lavage et la salle de bloc a été enlevée et un double sas a été installé, composé de deux compartiments identifiés sale/propre. Les professionnels sont formés à la désinfection des endoscopes. Le carnet de vie des endoscopes reprend les éléments de suivi. Les équipes appliquent et audient les pratiques dans la réalisation de l'antibioprophylaxie. Les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants sont maîtrisés. Il en est de même concernant les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI). L'autorisation de sortie du patient en ambulatoire est validée par le personnel qui a été formé à l'usage du score de Chung. Le transport des patients est organisé et maîtrisé, dans le respect des conditions de sécurité et de confort lors de ce transport. Une évaluation du temps de prise en charge et des délais de transport a été réalisée sur le secteur de chirurgie ambulatoire en juillet 2024 et sur le secteur d'hospitalisation en juin 2025. Les

équipes évaluent leurs pratiques. Les professionnels analysent en général leurs pratiques et évaluent leurs résultats cliniques, sauf dans un service où l'équipe n'a pas su citer d'exemples de démarches d'évaluation sur sa prise en charge. De nombreux audits sont réalisés (médicament, hygiène, dossier patient, brancardage, douleur...) ainsi que des évaluations de pratiques professionnelles (prescription chez la personne âgée, prévention de l'HPPI, tenue du partogramme, antibioprophylaxie). La satisfaction du patient est évaluée et les réclamations font l'objet d'une analyse et de mesures adaptées, avec la participation des RU. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont connus des équipes, ainsi que les actions d'amélioration qui en découlent. Les événements porteurs de risque et les événements indésirables associés aux soins sont déclarés par les professionnels, et l'organisation mise en place facilite la réactivité dans leur traitement et dans les réponses apportées. Les analyses s'appuient sur la méthode ALARM et sont réalisées selon la typologie et la criticité de l'événement indésirable lors de comités de retour d'expérience (ponctuels) ou de revues morbi mortalité (trimestrielles), ouvertes à tous les acteurs concernés. Une fiche de retour d'expérience est affichée et diffusée dans la gestion documentaire et le plan d'action découlant de l'analyse est intégré au programme d'amélioration de la qualité (PAQSS) et suivi. Un bilan des fiches d'événements indésirables est affiché chaque trimestre dans les services. Le suivi des Go/No Go est réalisé au bloc opératoire.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

Les orientations stratégiques de l'établissement sont définies en cohérence avec son territoire. L'activité de la clinique Conti repose essentiellement sur la chirurgie, mais aussi sur une maternité de niveau 1 et sur la médecine avec une prise en charge en hospitalisation complète ou en hôpital de jour : plaies et cicatrisations, pneumologie, oncologie, médecine, obésité. L'établissement est engagé dans de nombreux partenariats, tant avec les autres cliniques du groupe qu'avec les établissements publics et privés. L'établissement participe

également à une coordination départementale de la filière neurochirurgicale en lien avec l'hôpital Foch, le SAMU 95 et les services d'imagerie et de réanimation du Val d'Oise. Il est impliqué dans plusieurs filières sur le territoire (chirurgie bariatrique, cancérologie, gériatrie, obstétrique...). Il est un des membres fondateurs de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) des 3 forêts. La clinique participe à des publications scientifiques et à plusieurs protocoles de recherche (orthopédie, ophtalmologie). L'établissement favorise l'engagement des patients. L'établissement recueille le degré de la satisfaction du patient par le biais d'e-satis, mais aussi par des questionnaires plus spécifiques tels un questionnaire de mesure de la satisfaction et de l'expérience patient en hôpital de jour. Des enquêtes de satisfaction ponctuelles sont également réalisées : prise en charge de la douleur, organisation de la sortie en ambulatoire, bientraitance, restauration par le prestataire. Les résultats sont analysés avec les RU et présentés à la commission des usagers (CDU) et en CME, de même que les plaintes et réclamations des patients. Ces dernières sont suivies et génèrent des actions d'amélioration intégrées au PAQSS. Les soignants connaissent les réclamations/plaintes de leur secteur d'activité, reflet d'une communication centrée sur le patient. Des formations à la communication ont été réalisées (gestion de l'agressivité, prise en charge de l'enfant). Tous les professionnels rencontrés sont sensibilisés aux valeurs de bientraitance, ce dont témoignent aussi tous les patients rencontrés. La lutte contre la maltraitance fait l'objet de procédures, affichage et échanges et les professionnels connaissent les modalités d'écoute et les circuits d'alerte. Un Comité « bientraitance et éthique » a été créé en juin 2023, composé de professionnels volontaires. Les participants sont des relais entre le comité et les services. Les RU sont impliqués au sein de l'établissement. Ils participent au CLIN, au CLAN et au CLUD, ainsi qu'à la réflexion éthique. Cependant, s'ils en sont informés, ils ne participent pas à l'évaluation des actions entreprises suite aux réclamations ou aux événements indésirables. Ils sont associés à la rencontre du patient et de sa famille lors de réclamations et font de la médiation. Le projet des usagers est rédigé. La gouvernance fait preuve de leadership. Le management fondé sur la qualité et la sécurité des soins est une orientation prioritaire de la gouvernance, déclinée tant dans les orientations stratégiques que dans la politique qualité. C'est une valeur institutionnelle forte, partagée tant par l'équipe de direction qui a réussi à fédérer et à déployer la démarche, que par la gouvernance médicale. La CME et son président, aidés des praticiens du bureau de CME, contribuent à l'élaboration de la politique qualité-sécurité-environnement et entraînent activement le corps médical dans la démarche qualité. Les professionnels rencontrés peuvent citer les actions concrètes du programme qualité en lien avec leurs activités et s'y impliquent. Les responsables bénéficient de formations au management, et sont accompagnés par la direction et le groupe auquel appartient la clinique. Le travail en équipe est soutenu par la gouvernance. L'établissement favorise le travail en équipe et la transversalité. Des mises en situation en équipe sont réalisées : gestion de l'urgence vitale, prise en charge de l'hémorragie du post-partum. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux a été revue dernièrement afin d'améliorer encore l'efficacité. L'équipe d'urologie est accréditée depuis 2021, et celle d'anesthésie depuis 2023. Un bilan de compétences des professionnels est réalisé annuellement et alimente le plan de formation. Le Comité « éthique et bientraitance » a été constitué courant 2023. Il est composé de médecins, soignants (dont une infirmière de nuit), encadrants, direction, responsable qualité et représentants des usagers. Son règlement intérieur est formalisé. Il se réunit 4 fois par an, et plus si nécessaire. Les thématiques de travail sont définies en lien avec les problématiques rencontrées à la clinique et à partir d'un « boîte à idées » mise en place sur la GED. Un état des lieux des questionnements éthiques a été réalisé en Avril 2024 auprès des professionnels. Les retours de cet état des lieux ont été présentés aux membres du comité ainsi qu'à l'ensemble des professionnels. Ponctuellement, il arrive que le Comité éthique de l'hôpital de Pontoise soit sollicité pour avis sur une prise en charge complexe. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail. La qualité de vie au travail (QVT) est une des orientations stratégiques de l'établissement. De nombreux accords d'entreprise sont en place concernant le handicap, le compte formation, les enfants malades, le télétravail, l'égalité homme-femme... Des moments de convivialité permettent aux professionnels de se retrouver : remises de médailles, réunions d'échanges, soirées pizza... En cas de difficultés personnelles ou de conflits, il est possible de faire intervenir des psychologues de la clinique auprès des professionnels ainsi qu'un psychologue du travail pour accompagner les équipes dans les situations difficiles (réalisé en Février 2025). Il existe une ligne téléphonique de soutien psychologique à disposition des salariés via le contrat de prévoyance. Une réponse opérationnelle adaptée est

apportée aux risques auquel est confronté l'établissement. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement a été actualisé début 2025 avec l'intégration des éléments relatifs au plan ORSAN et d'un volet sur les risques numériques. Il a fait l'objet d'une nouvelle actualisation en avril 2025 suite au fait que la clinique Conti est désormais un établissement de deuxième ligne pour le volet AMAVI (afflux massif de victimes). Une cellule de crise est en place et opérationnelle en moins de 45 minutes comme l'ont montré des exercices. En mai 2025, un exercice de déclenchement de la cellule de crise a été organisé. Un RETEX a été organisé à la suite de cet exercice. Un plan de sécurisation de l'établissement est en place et répertorie les situations à risque pour les patients et les professionnels. Les locaux sont sécurisés par code ou badge : zone bloc opératoire, secteur naissance, pharmacie, direction, postes de soins, consultations non programmées, vestiaires, locaux déchets. Les chambres des patients disposent de coffres pour le stockage de leurs effets personnels, y compris en chirurgie ambulatoire. L'établissement met en œuvre des actions afin de maîtriser les risques environnementaux et de promouvoir un développement durable. Un référent a été désigné. Une journée « développement durable » a été organisée en mars 2024 à destination des professionnels et des usagers. Un système de gestion des déchets en circuit fermé collecte, transporte et élimine les déchets liquides chirurgicaux au bloc opératoire. Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet. Le circuit des déchets à risque infectieux (DASRI) est conforme aux règles de tri et d'hygiène. La référente "Materniteam" est formée et ambassadrice du projet FEES (Femmes Enceintes, Environnement et Santé) et anime mensuellement des ateliers sur la santé environnementale destinés aux futurs parents. La prise en charge des urgences vitales est organisée avec un numéro d'appel direct unique pour les professionnels. Les matériels dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont présents et accessibles. Les chariots d'urgence sont contrôlés et leur vérification est tracée. Ils comportent tous un tiroir pédiatrique. Les professionnels sont formés régulièrement (formation théorique et simulation) par les anesthésistes de la clinique et par le réseau périnatalité du Val d'Oise en ce qui concerne la réanimation du nouveau-né. Ils savent détecter les symptômes d'une urgence vitale. L'établissement entretient effectivement une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins et mobilise ses équipes dans ce sens. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte l'expérience du patient et les contributions des usagers. Il est actualisé chaque mois. Toutes les rencontres avec les professionnels, de jour comme de nuit, ont montré une bonne connaissance de la politique qualité et de sa déclinaison sur le terrain. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) sont présentés aux instances, diffusés et connus des professionnels qui s'impliquent dans leur étude et dans les actions d'amélioration qui en découlent. Chaque professionnel dispose d'un compte personnel lui permettant de déclarer un événement indésirable (EI). Tous les 15 jours, l'équipe d'encadrement passe en revue l'ensemble des fiches d'événements indésirables (FEI) déclarées depuis la précédente réunion. A l'issue de cette réunion, une réponse est apportée à chaque FEI par le responsable qualité permettant ainsi à chaque déclarant d'accéder au suivi de sa déclaration. En cas d'EI grave ou récurrent, un CREX ou une RMM peuvent être organisés, ainsi qu'une déclaration à l'ARS en cas d'EI grave. Ces rencontres sont pluriprofessionnelles. Ces analyses sont disponibles sur la gestion documentaire et affichées dans les services. Un médecin référent des RMM est désigné. Sept CREX ont été réalisés en 2024 et sept dossiers analysés en RMM. Les équipes connaissent les événements indésirables associés aux soins de leur secteur et les actions d'amélioration issues de l'analyse des retours d'expérience des patients. La CDU est informée de tous les événements indésirables déclarés. Actuellement, 16 praticiens sont accrédités de manière individuelle dans les spécialités « à risque » : en anesthésie-réanimation, en obstétrique, et en chirurgie. De manière collective, l'équipe d'urologie a été accréditée en 2021 et l'équipe d'anesthésie en 2023. L'établissement soutient les médecins à l'accréditation en leur fournissant les éléments nécessaires suite à leurs participations à des actions d'évaluation de pratiques professionnelles (RMM par exemple). La promotion de l'accréditation, y compris en équipe, est réalisée par la CME. Les médecins éligibles non engagés ont été identifiés par la gouvernance. La directrice s'est rapprochée d'eux afin de définir avec eux un échéancier d'engagement. 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 : Finaliser la sécurisation de l'identification de tous les médicaments à risque injectables.

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	950000521	SA CLINIQUE CONTI	3 chemin des trois sources 95290 L'Isle-Adam FRANCE
Établissement principal	950300202	CLINIQUE CONTI	3 chemin des trois sources 95290 L'Isle Adam FRANCE

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

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	Oui

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	5
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	55
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	25
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	30
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	30
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
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)	8
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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
2	Audit système	Dynamique d'amélioration		
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Désinfection des endoscopes
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	Engagement patient		
7	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Adulte Ambulatoire	

10			Chirurgie et interventionnel Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
11	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Chambre vers bloc
13	Audit système	Représentants des usagers		
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
20	Audit système	Coordination territoriale		
21	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
22	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
	Parcours		Adulte	

24	traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
25	Audit système	Leadership		
26	Audit système	QVT & Travail en équipe		
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration
28	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Audit système	Coordination territoriale		
32	Audit système	QVT & Travail en équipe		
33	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
34	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
35	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
36	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

37	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un antibiotique injectable ou per os
38	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
39	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
40	Audit système	Engagement patient		
41	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
42	Audit système	Représentants des usagers		
43	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
44	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
45	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
46	Audit système	Leadership		
47	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Adulte Ambulatoire	

48			Maladie chronique Médecine Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Audit système	Entretien Professionnel		
51	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
54	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
55	Audit système	Entretien Professionnel		
56	Audit système	Coordination territoriale		
57	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un médicament à risque per os
58	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
59	Audit système	Entretien Professionnel		
60	Audit système	Maitrise des risques		
61	Audit système	Dynamique d'amélioration		
62	Audit système	Entretien Professionnel		
63	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maternité Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
64	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
65	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
66	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

