



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CLINIQUE DU SAINT COEUR**

10 bis rue honore de balzac  
41100 Vendome



Validé par la HAS en Janvier 2026

---

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 – Janvier 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 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	26
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	28
Chapitre 3 : L'établissement	29
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	29
Synthèse du chapitre 3	30
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	32
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	33
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	35
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	36

# Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels 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



CLINIQUE DU SAINT COEUR	
Adresse	10 bis rue honore de balzac 41100 Vendome FRANCE
Département / Région	Loir-et-Cher / Centre-Val-de-Loire
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	410000871	SAS CLINIQUE DU SAINT COEUR	10 bis rue honore de balzac 41100 Vendome FRANCE
Établissement principal	410004998	CLINIQUE DU SAINT COEUR	10 bis rue honore de balzac 41100 Vendome 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
 Chirurgie et interventionnel
 Soins critiques

Population
 Enfants et adolescents
 Patient âgé

# Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **3** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **3** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **11** 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
- 3 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 3 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 **12** 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 :

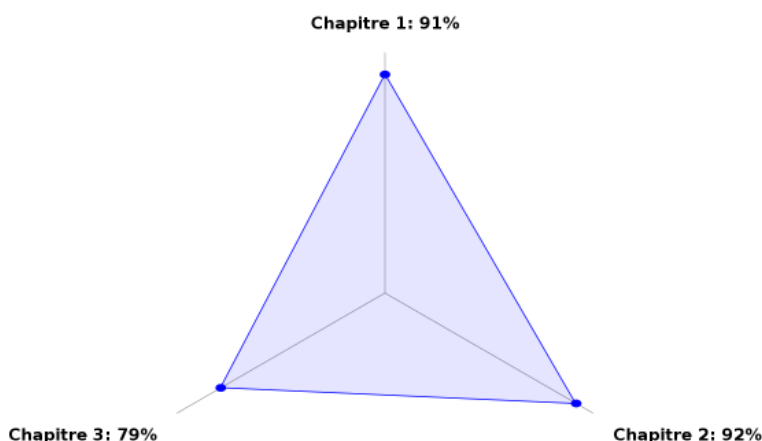
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	91%
Chapitre 2	Les équipes de soins	92%
Chapitre 3	L'établissement	79%

## 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.

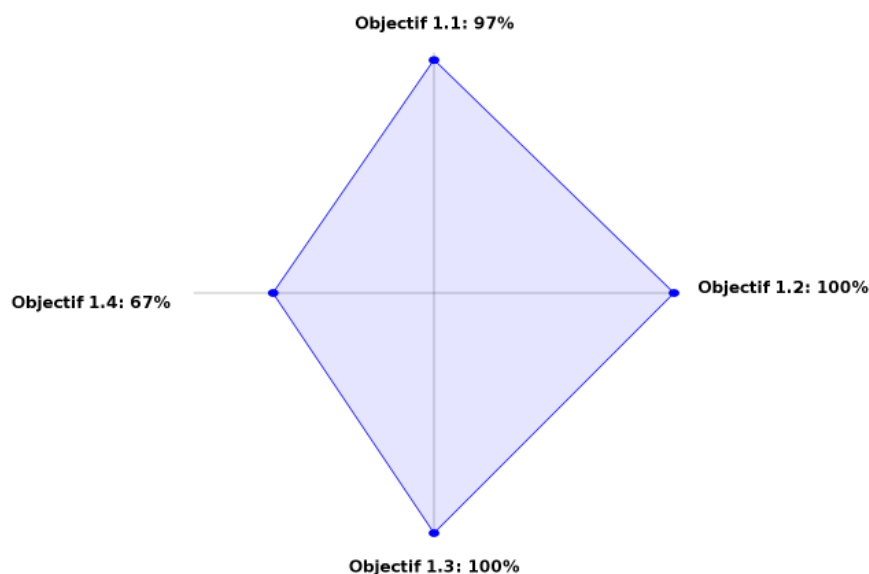
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	83%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	80%
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	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	89%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	80%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	67%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
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 **91%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	97%
1.2	L'information du patient	100%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	100%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	67%

## Synthèse du chapitre 1

La clinique Saint Cœur propose des hébergements en chambre simples et/ou doubles équipées de dispositifs permettant d'assurer la dignité et l'intimité des patients. Les pratiques des professionnels respectent la dignité et l'intimité du patient : chambres individuelles avec cabinet de toilette adapté, chambres doubles avec dispositif pour respecter l'intimité de chacun, cependant lors de la visite nous avons constaté une poire d'appel non accessible au patient. Les mineurs sont systématiquement accueillis en chambre individuelle avec présence d'un parent. Le respect de la confidentialité et du secret professionnel est effectif auprès des équipes. Les locaux permettent une circulation et l'accueil de personnes en situation de handicap. Dans les cas le nécessitant, les professionnels peuvent avoir recours, selon le protocole institutionnel ou après analyse en équipe, à la mise en place de restrictions de liberté avec prescription médicale et réévaluation suivie, néanmoins les prescriptions médicales ne mentionnent pas toujours les modalités de contention et les surveillances nécessaires qui en découlent. La prise en soins assure la prise en compte de tous les besoins des patients avec une attention particulière au soulagement de la douleur. Les personnels de l'établissement sont sensibilisés aux actions de bientraitance et le circuit de déclaration des situations de maltraitance externe et/ou interne est connu.

À chaque étape de sa prise en charge, le patient reçoit une information claire et adaptée à ses capacités de discernement concernant son état de santé ainsi que les soins proposés et les matériels implantables éventuels. Un livret d'accueil général, disponible au format numérique ou, sur demande, au format papier et consultable également sur le site internet de l'établissement, lui est remis dès le début de la prise en charge. Ce document présente les modalités de prise en soins, ainsi que les droits et obligations du patient envers l'établissement de santé et les professionnels intervenants. Dans l'unité de soins, le personnel présente le service, ses modalités de fonctionnement et remet les documents d'accueil (recueil de la personne de confiance, document de recueil des directives anticipées). La composition de la commission des usagers ainsi que les coordonnées des représentants sont à disposition par affichage dans les circulations des services, ainsi que des informations de santé publique adaptées aux secteurs concernés.

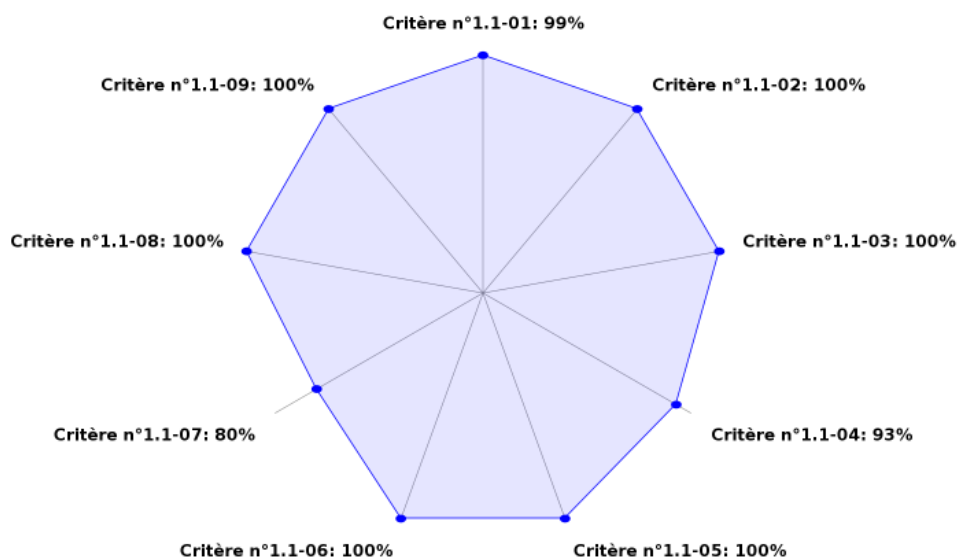
Les éléments médicaux qui relèvent du diagnostic ainsi que de sa prise en charge lui sont communiqués en temps voulu. Il est impliqué dans l'évaluation bénéfique/risque de toute décision majeure pour sa prise en soins. Son consentement est recherché et les informations délivrées lui permettent de consentir aux soins de façon libre et éclairée. La traçabilité de la personne de confiance est retrouvée dans les dossiers examinés, y compris celle des directives anticipées, les patients rencontrés connaissaient l'intérêt de celles-ci. Une assistante sociale peut intervenir à la demande au sein de l'établissement. Le projet de soins personnalisé prend en compte le maintien de l'autonomie. Avec l'accord des patients, les proches sont invités, si besoin, à participer à la mise en œuvre du projet thérapeutique et leur accueil est facilité au sein de l'établissement dans les situations le nécessitant.

Les patients peuvent exprimer leur satisfaction et leurs remarques par l'intermédiaire d'un questionnaire patient remis lors de leur hospitalisation et par l'intermédiaire d'E-satis. Une démarche de recueil de l'expérience patient est initiée en service de soins non programmés depuis la fin de l'été, mais n'a pas encore été analysée à ce jour. L'établissement ne recense ni d'interventions de patients partenaires ni d'association intervenant dans la structure. Les représentants des usagers, bien que présents au sein

de différentes commissions de la clinique (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Liaison Alimentation Nutrition, Commission Des Usagers) n'effectuent pas d'intervention au sein de la structure (enquêtes, permanences, visites dans les services) et ne participent pas à l'analyse des plans d'actions menés au sein de l'établissement. La commission des usagers reçoit pour chaque instance les informations nécessaires à ses missions (événements indésirables ; plainte et réclamation, Indicateurs Qualité Sécurité des Soins, accès dossier, ...), mais ces résultats ne font pas l'objet d'analyse en instance (cf CR d'instances) et les plans d'actions issus de l'analyse des fiches d'évènements indésirables associés aux soins ne sont pas présentés aux représentants des usagers.

## Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

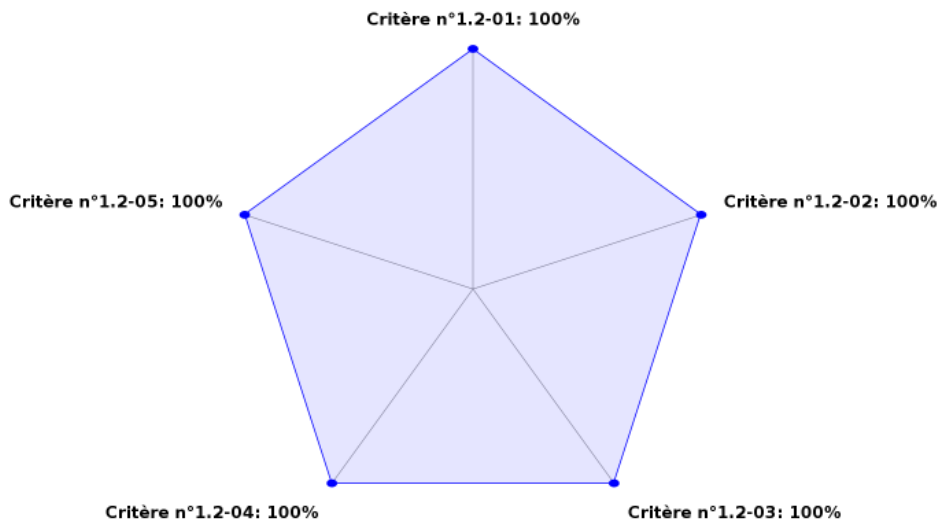
Score de l'objectif **97%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	93%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	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

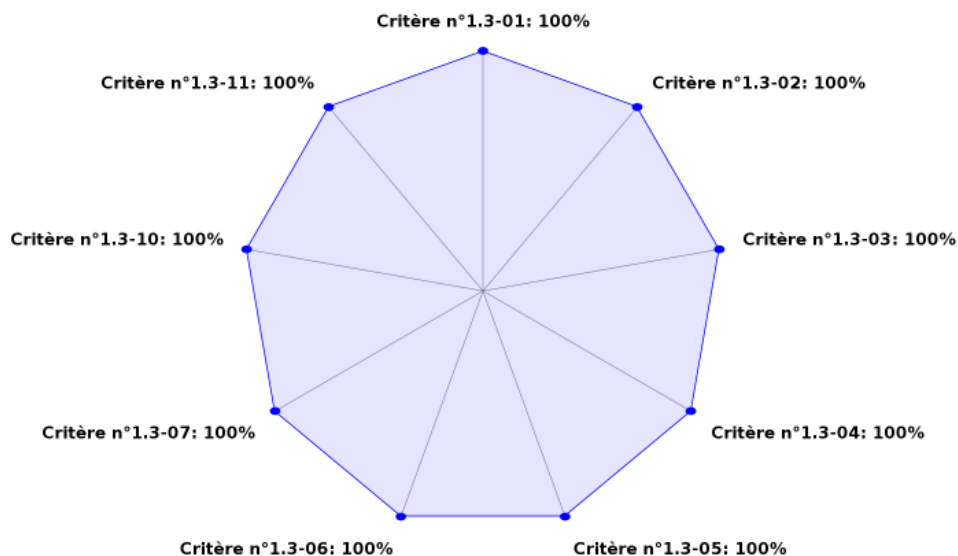
Score de l'objectif **100%**



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	100%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
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.	100%

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

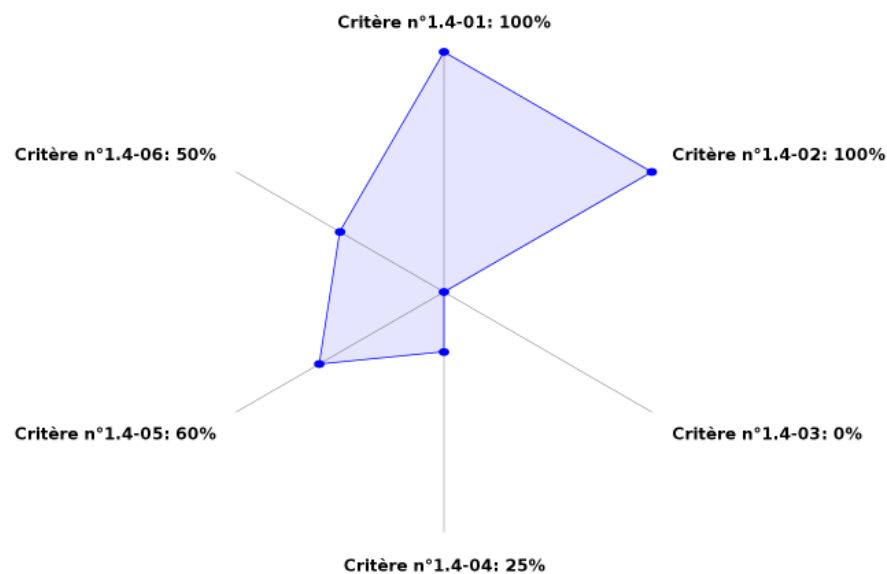
Score de l'objectif **100%**



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	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	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 **67%**

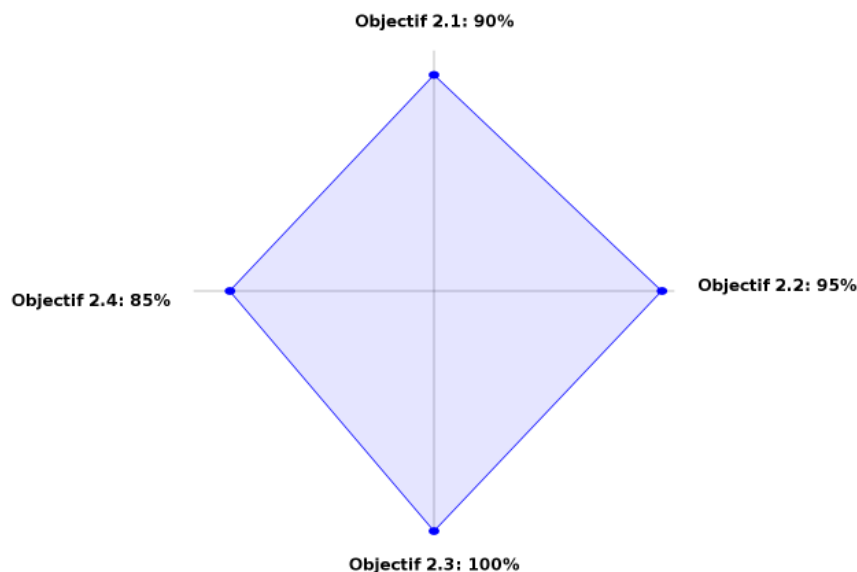


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
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	60%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	50%

# Chapitre 2 : Les équipes de soins

## Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	90%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	95%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	100%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	85%

## Synthèse du chapitre 2

La coordination des équipes permet une prise en charge pluriprofessionnelle des patients. Le dossier patient informatisé assure la continuité des soins et reste accessible aux professionnels impliqués. Un examen pluri-catégoriel des dossiers est réalisé, et les modifications thérapeutiques ainsi que les ajustements du projet de soins sont documentés dans le dossier partagé. Les actions réalisées auprès du patient (entretien individuel, évaluation nutritionnelle, évaluation sociale, etc.) sont enregistrées en temps réel dans le dossier. Le bilan thérapeutique figure également dans ce dossier, sous forme de lettre de liaison ou de document de transfert lors d'un changement de service. L'établissement a instauré une procédure de conciliation médicamenteuse pour les interventions de prothèse totale de genou, mais n'a pas pour le moment programmé d'extension de cette démarche auprès d'autre public cible compte tenu de l'intérim actuel du poste de pharmacien assuré à 50 % par une pharmacienne du Centre hospitalier de VENDÔME. Les besoins et préférences des patients sont réévalués et consignés tout au long de la prise en charge pour adapter le projet de soins. Lorsque l'état de santé du patient l'exige, les professionnels peuvent faire appel à des équipes mobiles spécifiques, telles que les soins palliatifs. Les professionnels en soins de support (assistante sociale, diététicienne, etc.) interviennent dans le cadre de cette coordination pluridisciplinaire. Le dossier informatisé comporte un volet permettant l'échange d'informations entre le service d'hospitalisation et les secteurs interventionnels. Une équipe de brancardiers gère les déplacements des patients au sein de la clinique en respectant leur intimité, leur dignité et le secret professionnel. À la sortie du patient, une lettre de liaison est envoyée aux partenaires libéraux ou structures d'accueil dans les délais requis pour garantir la continuité des soins.

Tous les patients admis au sein de la clinique bénéficient d'une identification fiable que ce soit en hospitalisation complète ou ambulatoire que le mode d'entrée soit programmé ou non. Les vigilants sont identifiés dans l'établissement et sont connus des professionnels concernés. Les prescriptions médicales sont conformes aux normes réglementaires, sauf les prescriptions conditionnelles qui ne sont pas assorties du niveau de déclenchement requis, bien qu'une information récente auprès des prescripteurs ait été réalisée. Par Suite du constat des experts-visiteurs, une nouvelle information a été diffusée, les experts visiteurs ont pu constater par la suite des prescriptions conditionnelles conformes aux attendus. Les médicaments sont délivrés et rangés par la pharmacienne en semainier par patient et par chambre. Les péremptions sont recherchées et les contrôles de température sont réalisés pour les médicaments thermosensibles. Le Chlorure de potassium est rangé dans le tiroir des médicaments à risque au côté des autres électrolytes, une modification de ce rangement a été effectuée dès le constat des experts visiteurs afin de prévenir toute confusion de produit. Les professionnels sont attentifs dans leurs pratiques à bien vérifier l'identité des patients par des interrogations avant chaque soin, certains cependant ne respectent pas la méthode complète (nom, prénom, date de naissance, prononcé par le patient lui-même) lors de l'administration des médicaments, de même il a été observé une identification de poche de perfusion avec nom et numéro de chambre. L'administration des médicaments par des personnels habilités est tracée en temps réel dans le dossier patient informatisé toutefois le motif de non-administration, le cas échéant, n'est pas systématiquement renseigné. Un rappel de bonnes pratiques s'en est suivi pour tous les soignants de l'établissement. Les risques transversaux liés aux vigilances sanitaires, au circuit des Produits Sanguins Labiles, à la prévention du risque infectieux (hygiène des mains, respect des précautions standards et complémentaires, risques infectieux et

l'antibioprophylaxie) sont maîtrisés par les professionnels, toutefois compte tenu du contexte de présence pharmaceutique, tous les prescripteurs n'ont pas bénéficié de formation sur la prescription des antibiotiques. Tous les professionnels de la clinique ont bénéficié d'une formation AFGSU et des mises en situation sont réalisées.

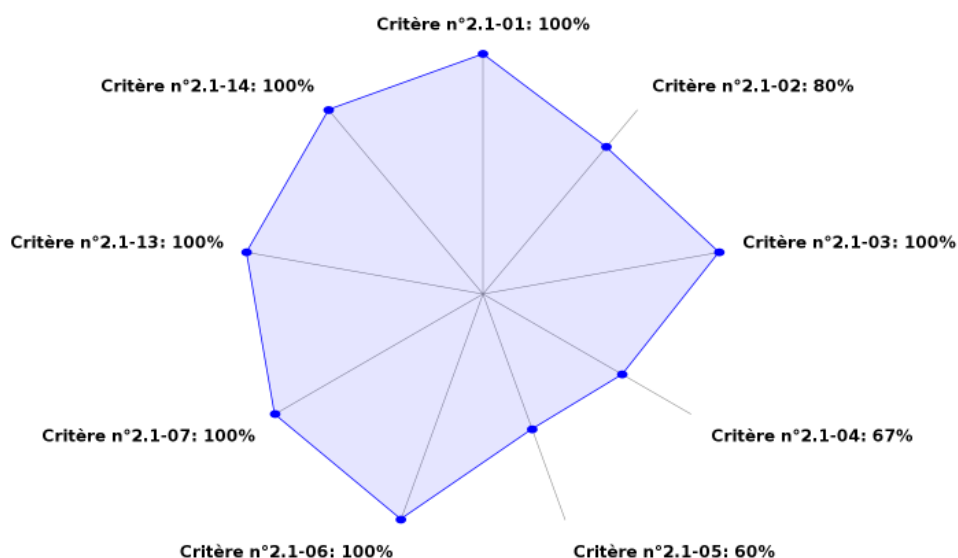
Les secteurs à risques majeurs (Soins continus, secteurs interventionnels) sont organisés pour assurer une continuité et une sécurité des soins pour les patients accueillis au sein de la clinique. Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles, un suivi régulier de l'utilisation de la check liste au Bloc Opératoire est effectué, des ajustements sont réalisés si nécessaire. Les pratiques professionnelles en soins critiques assurent une prise en charge sécurisée du patient. Le circuit spécifique de prise en soins des patients en ambulatoire est formalisé et respecté par l'ensemble des acteurs, un organisateur permet au patient d'inventorier et classer tous les documents nécessaires à son hospitalisation. L'établissement est une clinique chirurgicale avec des parcours spécialisés orientés par les chirurgiens depuis leurs cabinets libéraux, ils adaptent leur exercice et procédures aux recommandations de bonnes pratiques cliniques (accessibles aux équipes) ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Cependant il n'a pas été présenté de démarche continue d'évaluations des résultats cliniques ni de suivi de la pertinence des parcours par des indicateurs d'alerte.

Les équipes de soins s'organisent pour diminuer autant que possible le recours à la contention physique, toutefois dans les cas le nécessitant, les professionnels peuvent avoir recours, après analyse en équipe, à la mise en place de restrictions de liberté mais les prescriptions médicales ne sont pas toutes réalisées et les réévaluations pas toujours tracées. La clinique est engagée dans une politique de Développement durable et a organisé le suivi de ses consommations ainsi que le circuit des déchets, y compris les DASRI. Les équipes ne se sont pas encore engagées dans une démarche de recherche en soins éco-responsables.

Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et réévaluées systématiquement, le logiciel informatique ne permet des prescriptions que dans la limite des 72 h. Les professionnels mettent en œuvre les actions d'amélioration initiées par l'encadrement à la suite des évaluations des pratiques professionnelles. Celles-ci permettent aux équipes d'améliorer leur organisation au regard des résultats obtenus (suivi Check-list ; indicateur Unité de Soins Continus ..).

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

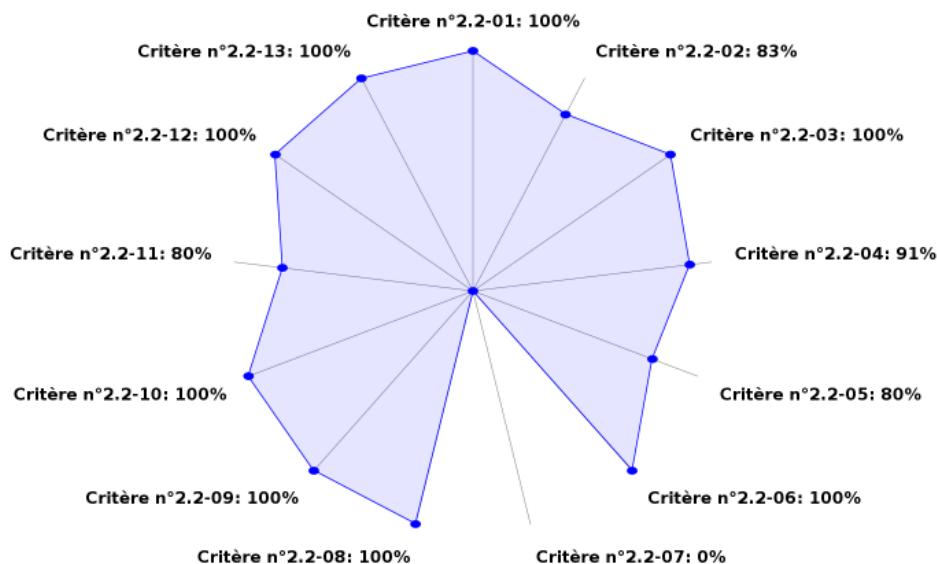
Score de l'objectif **90%**



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	80%
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	67%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	60%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge 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	100%

## Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **95%**

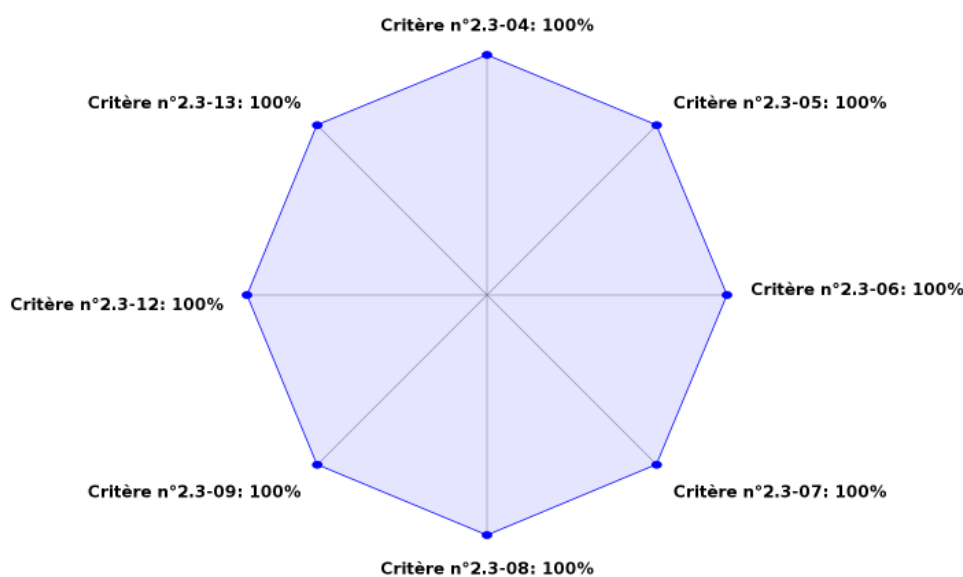


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	83%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	91%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	80%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	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	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	80%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

## Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **100%**

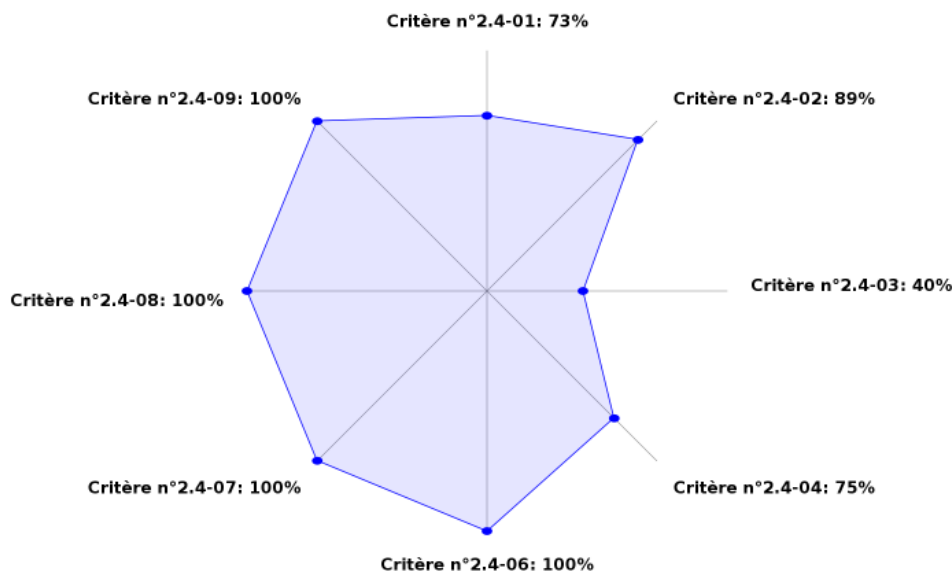


Critères		
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	100%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions	100%

d'amélioration dont les effets sont mesurés

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

Score de l'objectif **85%**

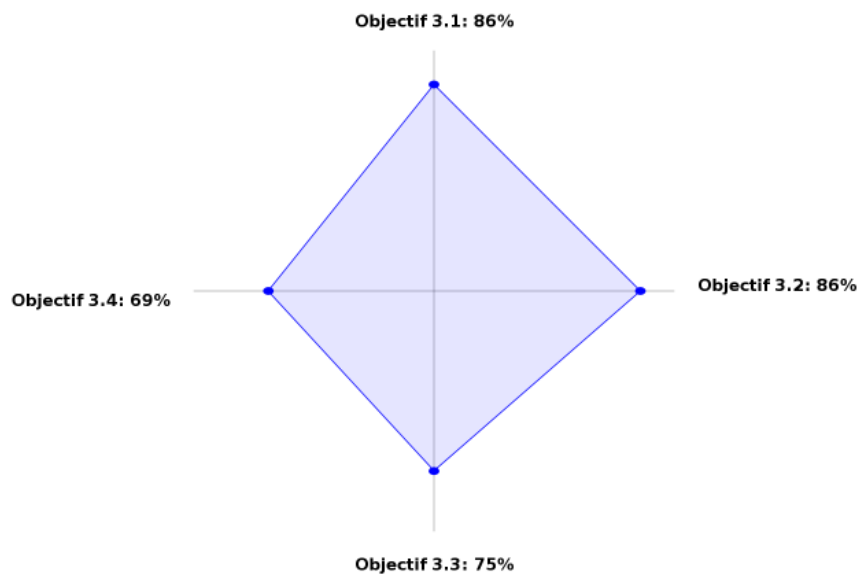


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	73%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	89%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	40%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	75%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

# Chapitre 3 : L'établissement

## Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **79%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	86%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	86%
3.3	Le positionnement territorial	75%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	69%

## Synthèse du chapitre 3

La Gouvernance de l'établissement soutient et conduit les collectifs professionnels vers une culture de la Qualité et sécurité des soins, inscrite dans la politique Qualité et Gestion des risques (projet d'établissement 2025-2028 validé par le CME le 27/05/2025). Les valeurs partagées inscrivent la clinique dans la culture de l'excellence et de la qualité, afin d'offrir à chaque patient un accompagnement santé personnalisé et facile d'accès. Le projet Qualité du projet d'établissement est disponible, pour information, aux équipes. Des sensibilisations (Quizz, Flyers, journée sécurité des soins) sont initiées auprès des professionnels sur la culture sécurité des soins sans toutefois d'enquête formalisée à ce jour. La gouvernance a sensibilisé la communauté médicale afin de pouvoir compter au moins un médecin accrédité dans chacune des spécialités de la clinique. Les déclarations d'évènements indésirables sont analysées par la responsable qualité en lien avec le cadre du service concerné, cependant les experts visiteurs ont constaté que peu de fiches d'évènements indésirables concernaient les prises en soins. Il n'est pas noté de participation réelle de professionnels impliqués par les fiches d'évènement indésirable sauf dans le cas d'évènement indésirable grave où un comité de retour d'expérience (CREX) est organisé avec les professionnels concernés. Les dispositifs sur la gestion de crise sont adaptés et maîtrisés, avec exercice de mise en situation effectué suivi d'un retour d'expérience (RETEX). Un comité d'éthique réunit des professionnels de tous les services et tous grades pour évoquer ensemble les questions correspondantes à cette thématique sans toutefois avoir réalisé un recensement institutionnel complet. La gestion des risques numériques est bien intégrée dans le fonctionnement quotidien des soignants. Le système d'information permet de garantir la sécurité des données patients.

La direction des ressources humaines, en collaboration avec la direction des soins, assure une réelle correspondance entre besoins requis (qualité et quantité) et effectifs présents. Les professionnels ont accès à des actions de formation continue notamment des diplômes universitaires, peu d'actions sont dévolues à l'encadrement pour les accompagner dans leur mission. Une Enquête Qualité de vie au Travail a été réalisée auprès des personnels de la clinique au cours de cet été, les résultats sont en cours d'analyse afin de déterminer les axes prioritaires du projet social pour les intégrer dans le projet d'établissement. La Gouvernance de l'établissement accompagne les professionnels dans un développement du travail en équipe sans toutefois, compte tenu des différents statuts, avoir initié de réels temps d'échange sur les synchronisations du temps de travail médical et paramédical.

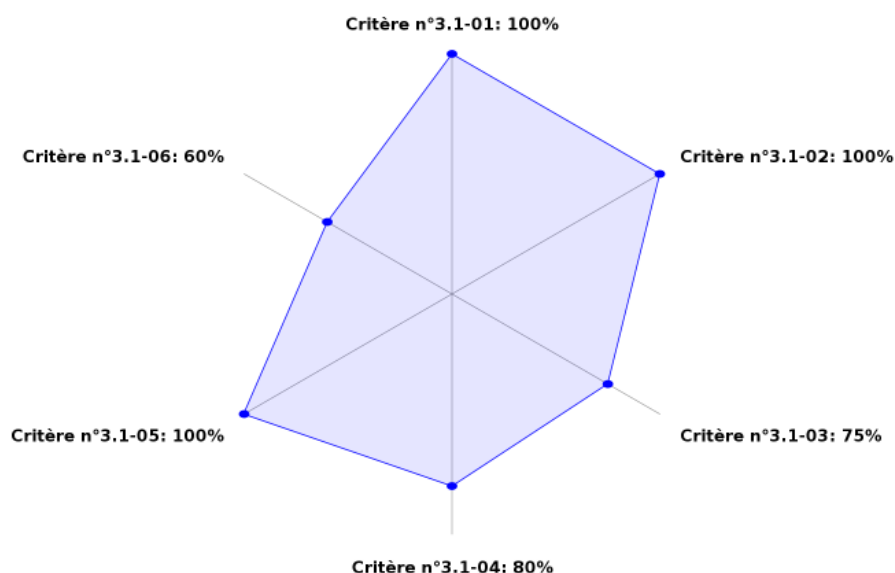
La clinique du Saint cœur est un établissement de santé à vocation chirurgicale, elle participe à la permanence des soins pour les spécialités viscérales et orthopédiques en lien avec les centres Hospitaliers de VENDÔME et CHATEAUDUN. Elle est l'établissement de recours chirurgical sur le territoire Nord du département du Loir et Cher. En lien avec les partenaires de ville, elle développe une stratégie orientée sur l'accompagnement et les prises en charge chirurgicales sur l'ensemble des différents parcours de soins et de vie des usagers et de leurs aidants. Le projet médico-soignant de la clinique est en cohérence avec les besoins du territoire, il a été présenté en interne aux différentes instances de l'établissement. Les services de l'établissement ont organisé un accès direct pour l'admission des personnes âgées afin de réduire les passages en service d'urgence ou d'en écourter la durée, toutefois l'établissement du fait de sa configuration avec intervention de chirurgiens libéraux n'a pas développé de lien de télésanté actuellement. La clinique favorise l'accueil de stagiaires des

catégories professionnelles présentes (IDE, IBODE, AS) sans réaliser ni enseignement en intra ni développer de recherche clinique.

La clinique a intégré le développement durable à son projet Responsabilité Sociale Etablissement pour 2025-2028, avec des filières de gestion des déchets dans les services et une optimisation de l'utilisation du matériel à usage unique au Bloc Opératoire. Un état des lieux des dispositifs médicaux numériques professionnels, notamment ceux utilisant l'intelligence artificielle, a été réalisé ; leur utilisation reste peu fréquente pour l'instant mais pourra évoluer selon les besoins.

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

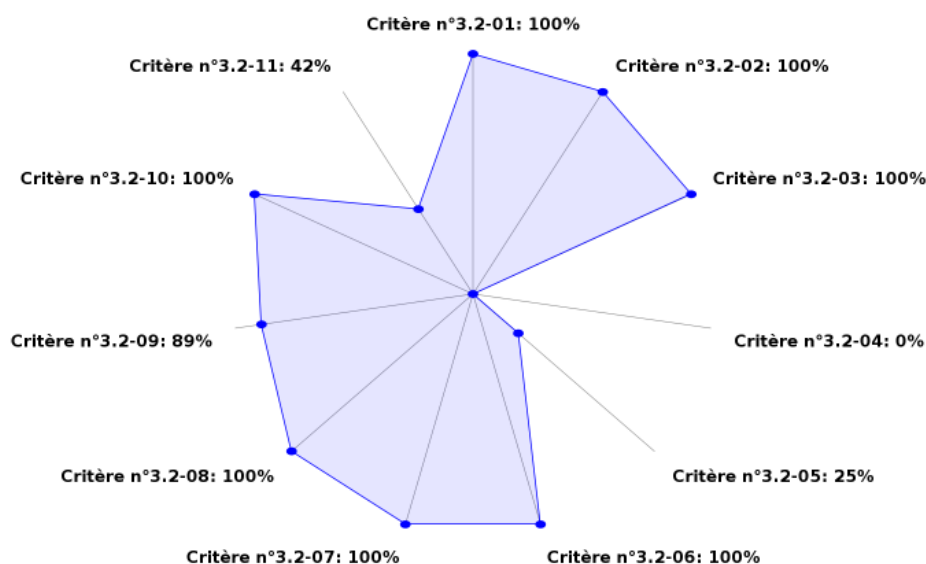
Score de l'objectif **86%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	80%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	60%

## Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **86%**

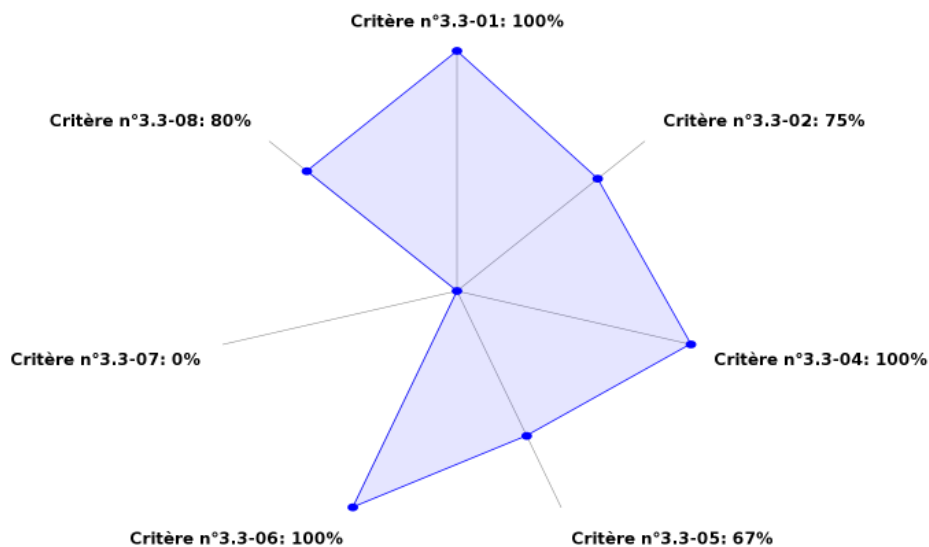


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	0%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	25%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	89%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	42%
--------	---	-----

## Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

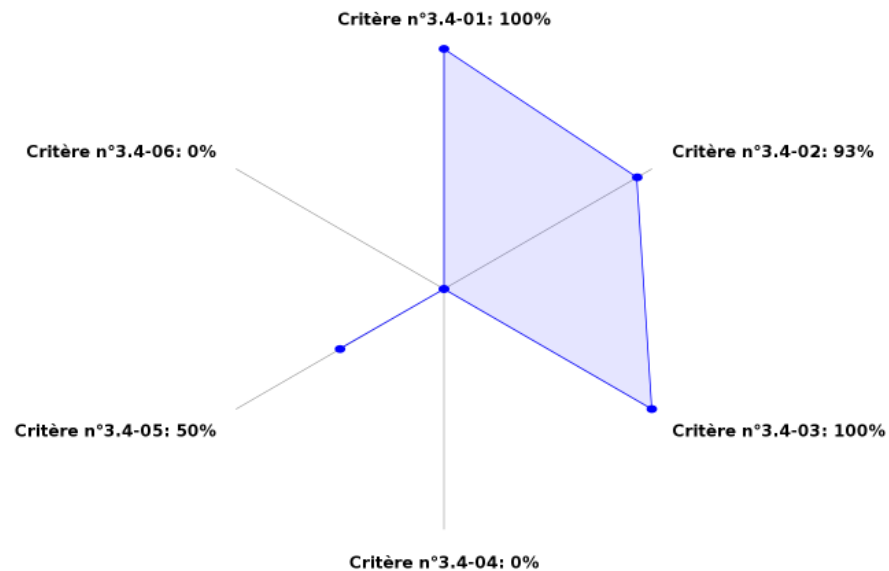
Score de l'objectif **75%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	75%
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	67%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	0%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	80%

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

Score de l'objectif **69%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	93%
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	0%
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](http://www.has-sante.fr)

---

