



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CLINIQUE SAINT PIERRE

169 avenue de prades
66012 Perpignan



Validé par la HAS en Février 2026

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



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 SAINT PIERRE	
Adresse	169 avenue de prades 66012 Perpignan Cedex FRANCE
Département / Région	Pyrénées-Orientales / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	660000407	SA CLINIQUE SAINT-PIERRE	169 avenue de prades 66012 Perpignan FRANCE
Établissement principal	660780784	CLINIQUE SAINT PIERRE	169 avenue de prades 66012 Perpignan Cedex 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
 Radiothérapie
 Soins critiques
 Urgences

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



Évalué **10** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **20** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 2 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 7 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 5 acte(s) interventionnel(s)
- 3 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
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **14** 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 :

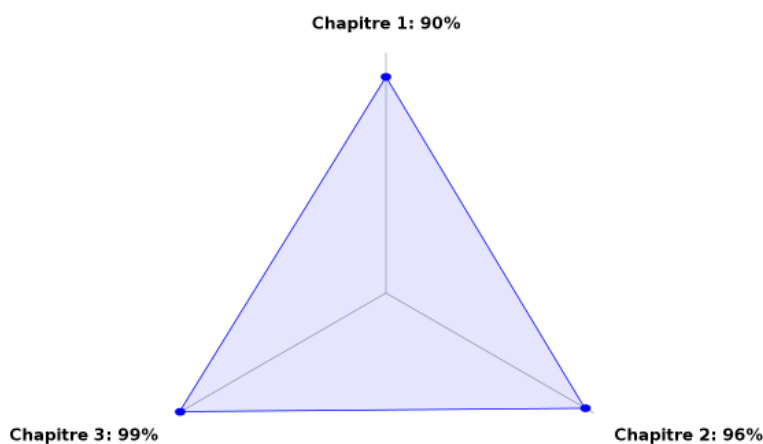
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	90%
Chapitre 2	Les équipes de soins	96%
Chapitre 3	L'établissement	99%

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.

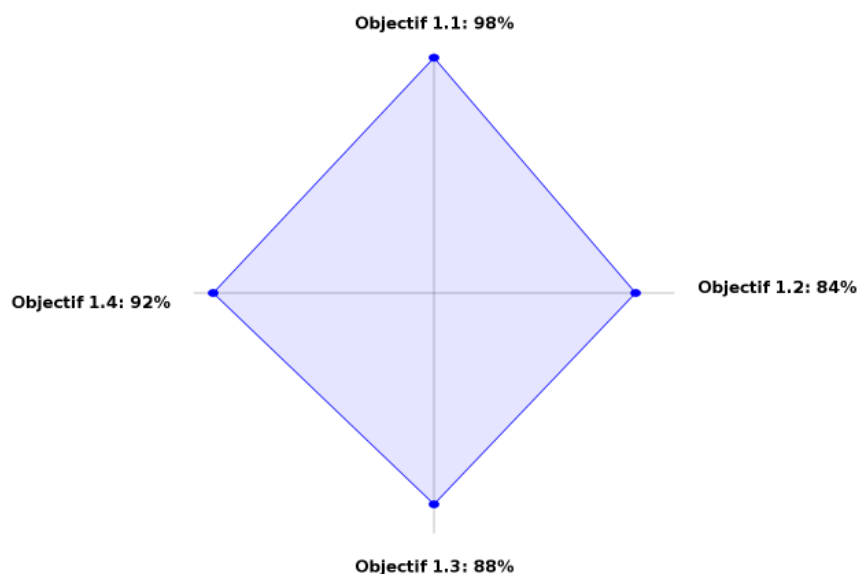
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	97%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%
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	86%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	97%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	93%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	94%
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	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	88%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	95%
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	98%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
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	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	98%
1.2	L'information du patient	84%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	88%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	92%

Synthèse du chapitre 1

Les patients soulignent la qualité des conditions d'accueil dans l'établissement. Le respect de la dignité et de l'intimité est assuré dans les unités de soins, à l'accueil administratif et sur le plateau interventionnel. Une situation isolée a été observée : un patient était installé sur un brancard dans le couloir des urgences avec une perfusion fixée au mur, en attente de sa sortie. Pour répondre à ce type de situation, des observations ont montré la disponibilité de places en UHCD afin d'accueillir les patients, même s'ils sont en sortie. Dans cette unité, des lits ont été installés pour remplacer certains brancards, même si certains patients n'y restent pas longtemps. Les chambres individuelles sont nombreuses et des dispositifs de séparation sont disponibles dans les chambres doubles. Certains ascenseurs ne sont pas entièrement adaptés aux personnes en situation de handicap. Pour améliorer l'accessibilité, une évaluation du parcours des patients en situation de handicap a été réalisée et a conduit à la mise à jour de la procédure d'accueil de ces patients. Une liste des chambres adaptées a été identifiée pour permettre une orientation optimale. De plus, un circuit permettant l'accès aux ascenseurs adaptés a été mis en œuvre, avec possibilité d'accompagner les patients selon leurs besoins. Les patients mineurs sont accueillis en secteur adulte, mais l'organisation limite les contacts directs avec les adultes. Les professionnels ont été formés à la prise en charge spécifique de cette population, et les parents sont associés aux soins et accompagnent leur enfant tout au long de la prise en charge, notamment au bloc opératoire. La prise en charge personnalisée des mineurs est valorisée. Des espaces d'entretien confidentiels sont disponibles (bureaux, salons de famille), et la discrétion du personnel administratif et médical est assurée. L'information sur les directives anticipées est principalement délivrée en hospitalisation, mais la traçabilité aux urgences n'est pas toujours documentée. La prise en charge de la douleur est globalement assurée, avec des indicateurs IQSS à 100 %. Cependant, la réévaluation de la douleur n'est pas toujours tracée dans certains dossiers. Le respect de la dignité, l'écoute, le confort et la limitation de la contention sont valorisés par les patients. Une procédure explicite de gestion des suspicions de maltraitance est en place. L'établissement recense annuellement (notamment par le PMSI) les cas de maltraitance externe et adresse ce bilan à la commission des usagers (3/4 signalement par l'assistante sociale par an). L'accès au dossier patient n'est pas toujours documenté de manière complète. La prise en charge lors des décès contribue au soutien des proches et à la qualité relationnelle.

Les patients bénéficient d'informations claires sur leur séjour, de l'admission à la sortie. La transmission des informations est effectuée oralement, par écrit et via le site internet de l'établissement. Les patients reçoivent des informations adaptées sur leur prise en charge, notamment grâce à l'intervention d'IDE d'annonce selon les spécificités des secteurs. Ce suivi permet au patient de mieux comprendre les étapes de son parcours hospitalier et les soins prodigués. Les fiches des dispositifs médicaux implantés sont remises systématiquement et contiennent les consignes nécessaires pour le suivi à domicile, ce qui est apprécié par les patients. Les consignes de suivi sont également expliquées et coordonnées avec la ville, renforçant la continuité des soins. La connaissance des représentants des usagers (RU) par les patients n'est pas toujours complète, malgré l'existence de supports (affiches, flyers) et l'affichage des coordonnées pour les joindre.

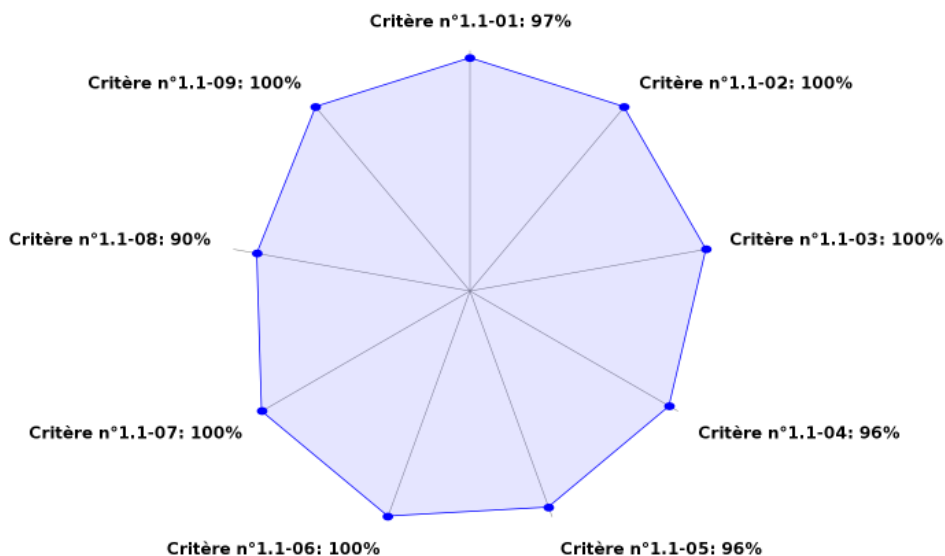
Le consentement du patient dans le projet de soins est recherché, mais certains parcours ne comportent pas d'avis systématique du gériatre ou de l'addictologue. Malgré la présence d'un gériatre

dans l'établissement, les équipes médicales font peu ou pas appel à son expertise. Les médecins sollicitent plus fréquemment l'avis d'un réanimateur ou de l'anesthésiste et oublient parfois de recourir au gériatre. Un rappel a été réalisé auprès des équipes médicales pour les resensibiliser sur la disponibilité et l'expertise du gériatre. Il n'existe pas de possibilité de faire appel à un addictologue interne ou externe. De fait, aucune traçabilité n'est retrouvée dans le projet de soins pour accompagner ces patients. La présence d'une personne de confiance est systématiquement recherchée et documentée dans la majorité des dossiers, ce qui est un point fort. Les soins sont personnalisés selon le mode d'hospitalisation et les besoins spécifiques, mais le plan de soins individualisé n'est pas toujours formalisé. Les interventions de l'assistante sociale et des IDE spécialisées sont réalisées selon les besoins. Les évaluations gériatriques standardisées et la diffusion des messages de prévention ou de santé publique restent limitées. Les activités sociales et l'inclusion des patients présentant des troubles psychiques ne sont pas toujours documentées.

Les représentants des usagers (RU) sont impliqués dans la vie de l'établissement et les patients partenaires participent à certains projets, ce qui est valorisé. La gouvernance soutient l'implication des patients partenaires pour le choix des PROMs utilisés dans les services (Questionnaire sur la douleur, projet Guidance). Certains professionnels ne connaissent pas toujours les actions menées par la CDU. Bien que l'établissement diffuse les actions mises en œuvre par les RU et validées en CDU. Un rappel a été réalisé pour préciser que ces informations sont accessibles sur la plateforme spécifique accessible à l'ensemble des professionnels ce qui contribue à améliorer la prise en compte de l'expérience et de la satisfaction des patients dans l'établissement. La connaissance par les patients des modalités de déclaration des événements indésirables associés aux soins (EIAS) et de l'existence d'un médiateur reste encore partielle.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

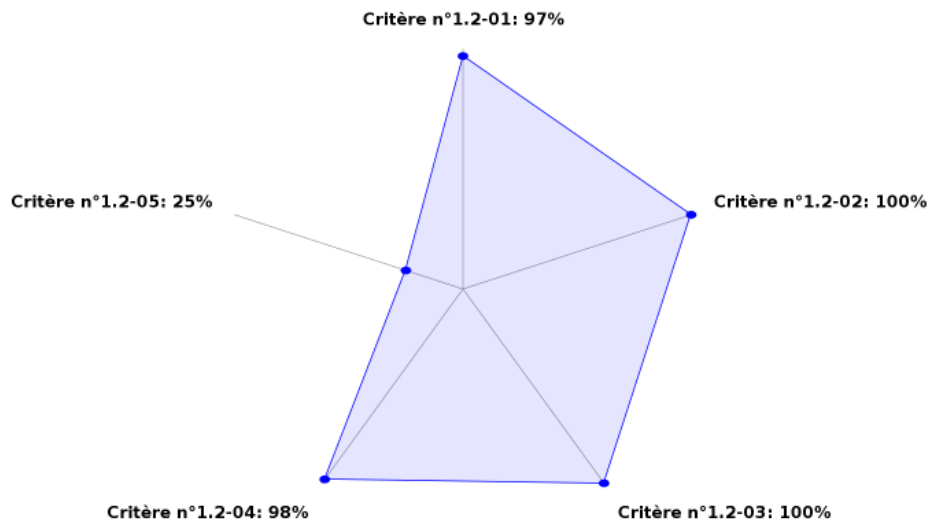
Score de l'objectif **98%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	97%
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	96%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%
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	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	90%
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

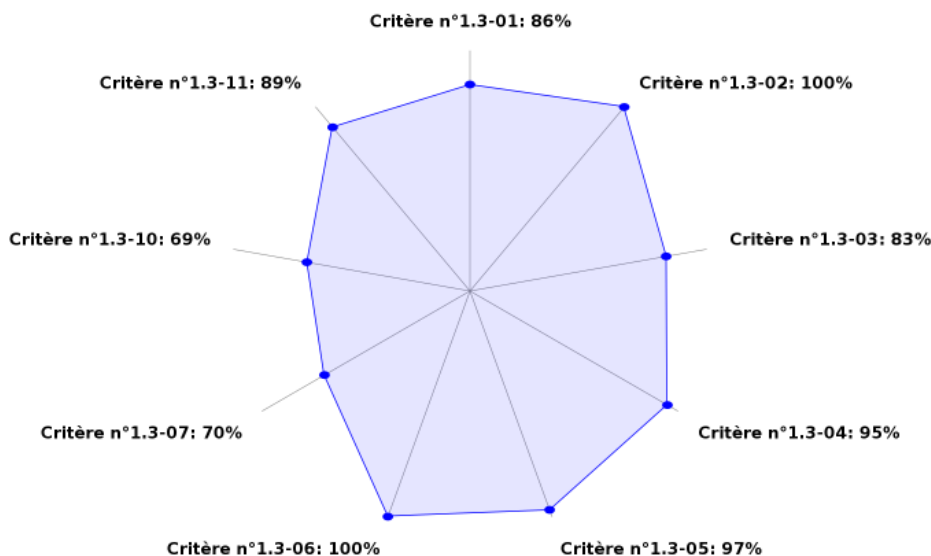
Score de l'objectif **84%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	97%
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	98%
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.	25%

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

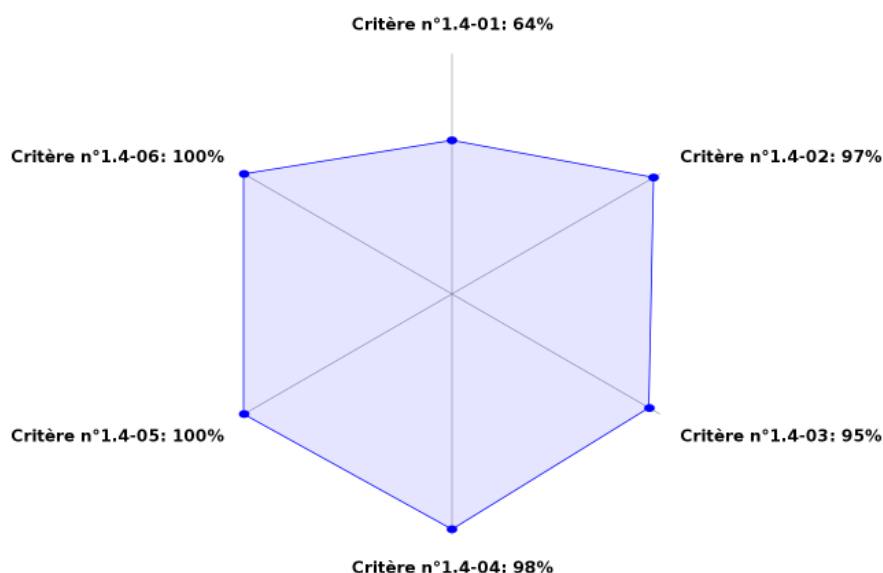
Score de l'objectif **88%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	86%
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	83%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	95%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	97%
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	70%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	69%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	89%

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

Score de l'objectif **92%**

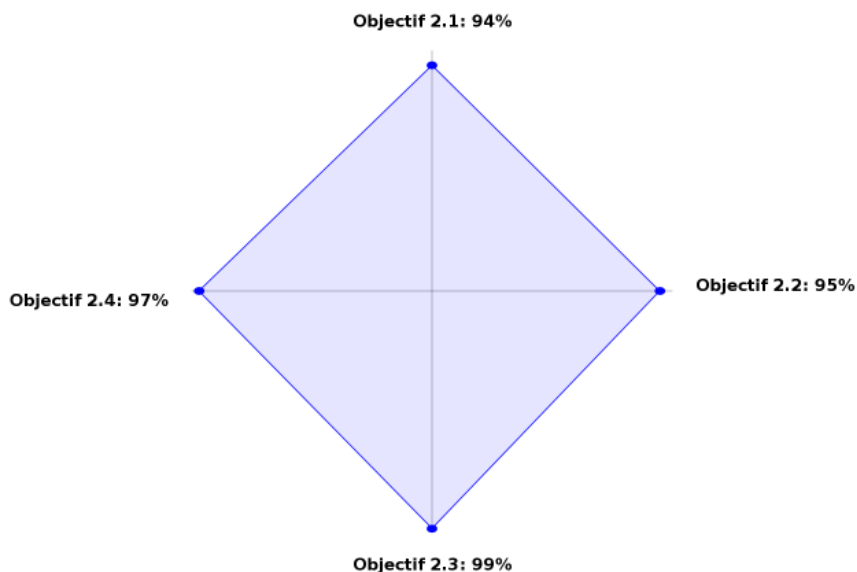


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	64%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	97%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	95%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	98%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **96%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	94%
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...)	99%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	97%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes assurent une coordination active tout au long du parcours de soins, soutenue par la présence d'une infirmière coordinatrice en oncologie, qui facilite le lien entre la ville et l'hôpital et favorise la continuité des prises en charge. Le système d'information partagé, accessible à l'ensemble des professionnels, contribue à cette dynamique collective et constitue un appui solide pour la communication et la traçabilité des soins. Les échanges entre les différents secteurs sont globalement bien structurés, même si certaines transmissions demeurent incomplètes, notamment entre la chirurgie, l'orthopédie et l'endoscopie, où les fiches de liaison service/bloc ne comportent pas toujours l'ensemble des informations utiles. Dans les services de soins de suite et de réadaptation, les transmissions apparaissent parfois partielles, malgré la présence systématique des supports. Le dossier patient informatisé facilite le partage des informations médicales et administratives. La politique d'interopérabilité engagée par l'établissement témoigne d'une volonté de modernisation du système d'information, bien que quelques outils fonctionnent encore de manière isolée. Certaines prescriptions, en particulier en chirurgie ambulatoire, sont encore saisies sur support papier, mais cette pratique tend à disparaître. La conciliation médicamenteuse reste peu réalisée. Une seule conciliation a été effectuée au cours de l'année écoulée, sans bilan d'ensemble de cette démarche. Le circuit du médicament demeure néanmoins bien organisé, avec un double contrôle et une traçabilité complète. La coordination avec l'équipe mobile de soins palliatifs est bien établie et permet d'assurer une continuité des accompagnements en fin de vie. La prise en charge nutritionnelle bénéficie d'une attention particulière : les repas sont adaptés, notamment en oncologie, et les équipes encouragent la stimulation des patients ainsi que la participation de l'entourage. Une évaluation du parcours du patient en situation de handicap a conduit à la révision de la procédure d'accueil. Des chambres adaptées ont été identifiées, et un circuit d'accès à l'ascenseur approprié a été défini, avec accompagnement des patients qui en ont besoin. Aux urgences, l'organisation de l'accueil a évolué avec la mise à disposition de lits en UHCD, en remplacement des brancards, pour améliorer le confort des patients en attente de sortie. La majorité des patients ont la lettre de sortie ou le compte rendu d'hospitalisation au moment de la sortie pour assurer la coordination et la continuité des soins, ce qui se retrouve dans l'amélioration des indicateurs qualité.

L'identitovigilance est intégrée aux pratiques quotidiennes, bien que la mise en œuvre complète de l'identifiant national de santé, INS, ne soit pas encore totalement effective sur l'ensemble des supports. La mise en conformité est en cours de déploiement, en remplaçant le numéro de sécurité sociale par le numéro INS. Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments. Le circuit du médicament constitue un élément structurant et maîtrisé, reposant sur des règles claires et une vigilance partagée entre soignants et pharmaciens. Les prescriptions sont principalement saisies dans le dossier patient informatisé, analysées par le pharmacien et validées après double contrôle, notamment en oncologie. Lors de la vérification de certains dossiers patients, une prescription conditionnelle d'antalgique en perfusion n'était pas conforme : la dose était précisée, mais sans mention de la valeur seuil. L'alerte pharmaceutique comportait un commentaire relatif à l'intervalle entre deux administrations, mais sans précision supplémentaire. Les pratiques transfusionnelles sont encadrées et tracées, garantissant la sécurité des patients. Une réflexion est en cours pour approfondir l'analyse des pratiques et consolider les retours d'expérience dans ce domaine. Les précautions standard et complémentaires sont bien connues et

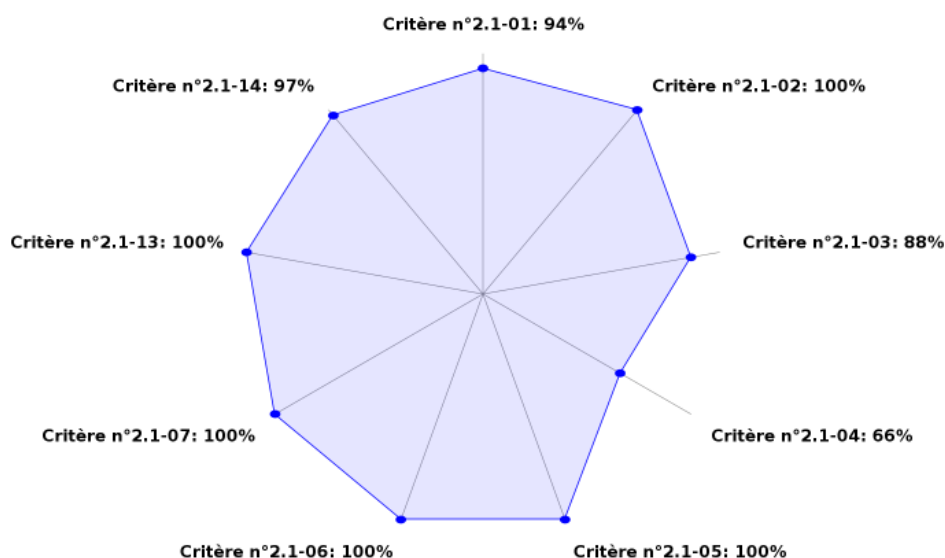
appliquées. La supervision par le CLIN et l'IDE hygiéniste soutient cette culture de prévention. Malgré les nombreuses actions de sensibilisation à l'hygiène des mains, les équipes privilégient encore le lavage classique à l'utilisation de la solution hydro-alcoolique. Le port de bijoux a également été observé chez certains professionnels. La diffusion des indicateurs ICSHA par service a permis d'adapter les actions de sensibilisation et d'individualiser les retours d'expérience, renforçant ainsi la dynamique d'amélioration continue. La prise en charge des urgences vitales est complète. Des chariots d'urgence sécurisés sont disponibles. La traçabilité des péremptions des médicaments dans ces chariots est effective par un binôme IDE / AS. Les professionnels de soins sont majoritairement formés à l'AFGSU et participent à des exercices de mise en situation plusieurs fois par an. Un numéro unique est dédié à l'alerte en cas d'urgence vitale, accessible de jour comme de nuit. Dans les secteurs utilisant des rayonnements ionisants, les professionnels disposent des équipements de protection individuels nécessaires (tabliers, lunettes, dosimètres). Deux référents PCR accompagnent les équipes et assurent la formation continue à la radioprotection.

Les équipes maîtrisent la prise en charge anesthésique et appliquent avec rigueur les protocoles d'antibioprophylaxie. L'utilisation systématique de la check-list « sécurité du patient », dont la validation numérique est bloquante en cas d'omission, témoigne d'une culture de sécurité bien ancrée. Aux urgences, le tri des patients repose sur une catégorisation selon le niveau de gravité : prise en charge immédiate, urgence vitale, urgence différée ou situation stable. Cette organisation favorise une orientation rapide et adaptée du patient. Dans la pratique, un premier repérage est réalisé dès l'accueil par la secrétaire, qui utilise un système de pochettes de couleurs afin de faciliter l'identification du degré d'urgence et d'anticiper la prise en charge. Ce repérage contribue à fluidifier le flux des arrivées, tout en s'inscrivant dans un processus en cours de réévaluation pour harmoniser les pratiques avec la procédure officielle, qui prévoit l'évaluation initiale par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) et non par la secrétaire. Les protocoles liés à la sécurité anesthésique et au suivi peropératoire sont bien intégrés dans les pratiques. La traçabilité des contrôles et des étapes clés est systématique. L'équipe veille à la conformité du matériel d'anesthésie et au suivi des péremptions. La collaboration entre anesthésistes, infirmiers et équipes de bloc opératoire garantit une continuité et une fiabilité dans la prise en charge du patient tout au long de son parcours chirurgical.

Les équipes s'appuient sur des protocoles actualisés et sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et réévaluées dans les 48 à 72 heures, illustrant une culture de la pertinence thérapeutique. La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté, notamment les contentions et dispositifs de sécurité, est évaluée collectivement. Chaque prescription est limitée dans le temps et doit être réévaluée quotidiennement. Les patients et leurs proches sont informés des mesures mises en place, et des alternatives non médicamenteuses, telles que la relaxation ou les massages, sont régulièrement proposées. La politique d'écosoins traduit un engagement collectif vers des pratiques plus durables, avec le recyclage de certains dispositifs médicaux et la sensibilisation des équipes aux écogestes. Les équipes réalisent régulièrement des évaluations de leurs pratiques et exploitent les retours d'expérience issus des événements indésirables. Dans les services critiques, le suivi du taux de réhospitalisation est en cours de consolidation afin d'enrichir l'analyse des parcours et d'identifier les leviers de prévention des réadmissions précoces.

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

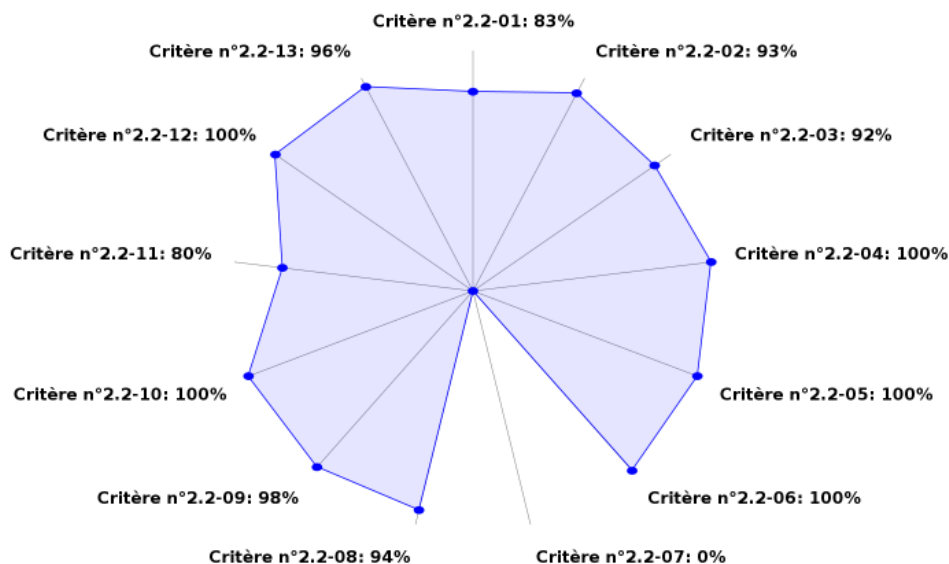
Score de l'objectif **94%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	94%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	88%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	66%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	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	97%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **95%**

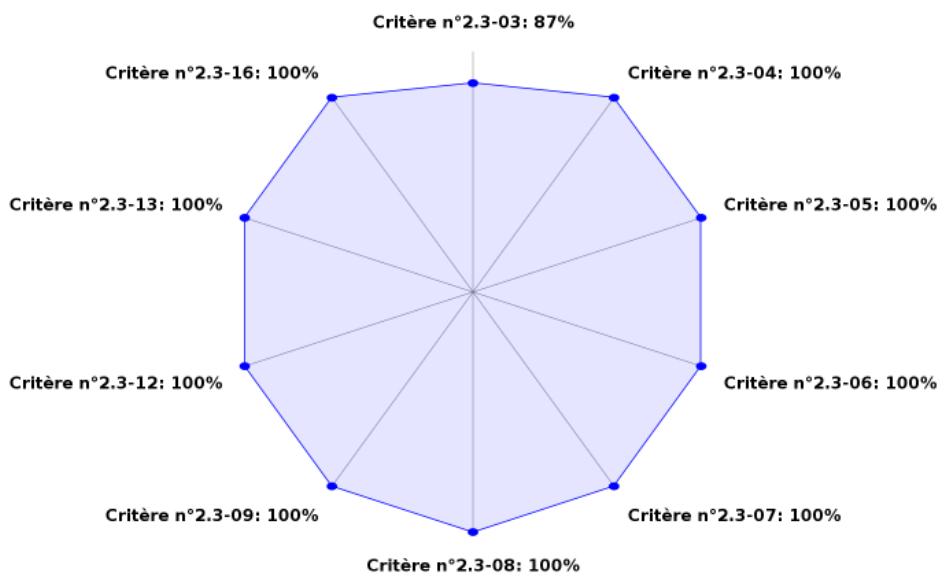


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	83%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	93%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	92%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	94%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	98%
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	96%

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 **99%**

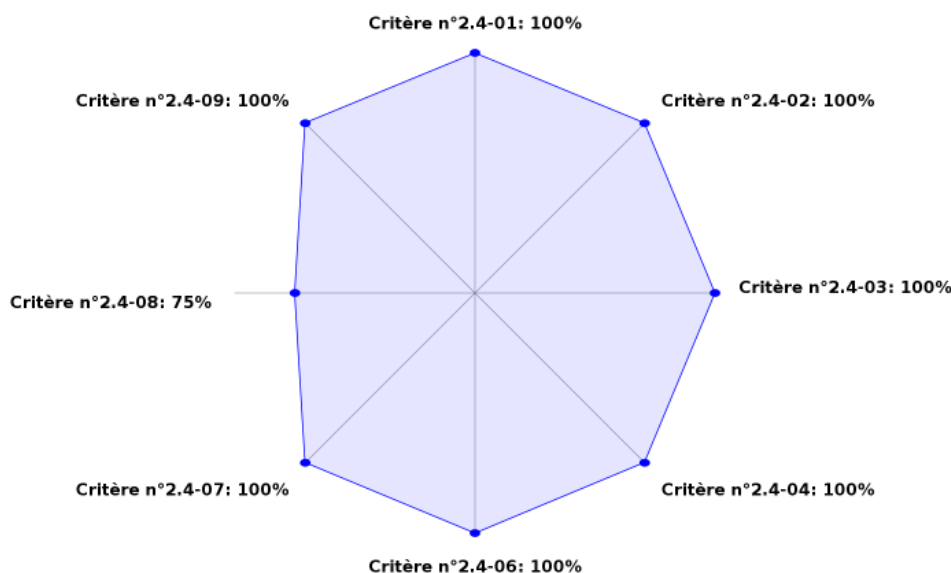


Critères		
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	87%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux 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 d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%
2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	100%

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

Score de l'objectif **97%**

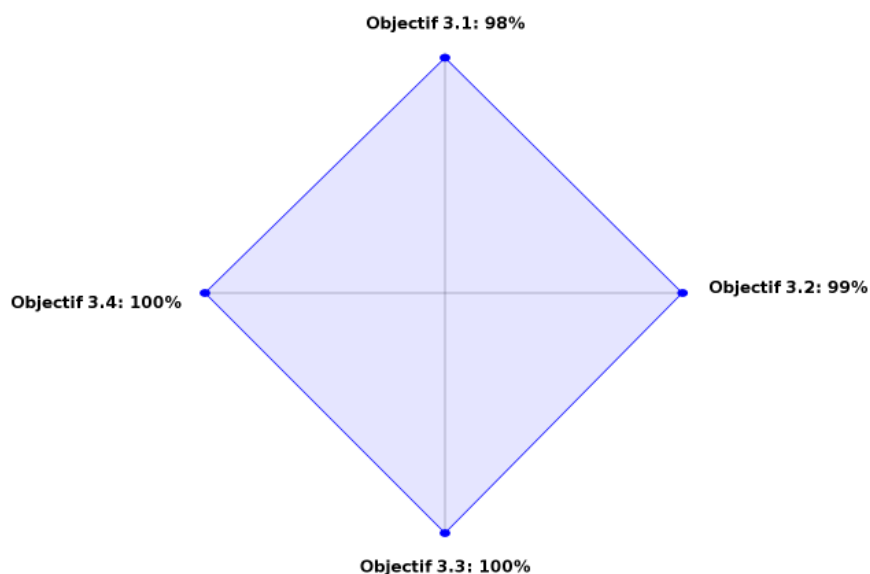


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des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

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **99%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	98%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	99%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	100%

Synthèse du chapitre 3

La gouvernance de l'établissement déploie une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, avec des objectifs clairement identifiés et traduits en actions concrètes. Les équipes disposent des ressources nécessaires pour assurer la continuité et la sécurité des prises en charge, grâce à une organisation flexible et à des dispositifs de suppléance adaptés. La culture qualité et sécurité est promue auprès de tous les professionnels, et certaines équipes, comme celles de l'oncologie, du plateau interventionnel, s'approprient particulièrement cette démarche. La formation des médecins et cadres à l'annonce d'un dommage lié aux soins a été réalisée en première intention. Durant la semaine, elle a été rapidement diffusée à l'ensemble des équipes de soins. Le support pédagogique est maintenant accessible à tous, et la procédure correspondante est disponible sur la GED (Gestion Documentaire interne). Cette initiative permet au personnel de relayer efficacement l'information auprès des patients et de leurs familles, en veillant à reformuler clairement l'annonce lorsque nécessaire. Des médecins sont accrédités dans plusieurs spécialités à risques (MAR, Gynécologie, Cardiologie, ORL, Chirurgie viscérale, orthopédique et thoracique), contribuant à la maîtrise des pratiques professionnelles. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est structurée, avec des plans validés et des exercices programmés. Le dispositif de réflexion éthique est mis en œuvre sur les situations le nécessitant, avec des actions de formation à l'éthique.

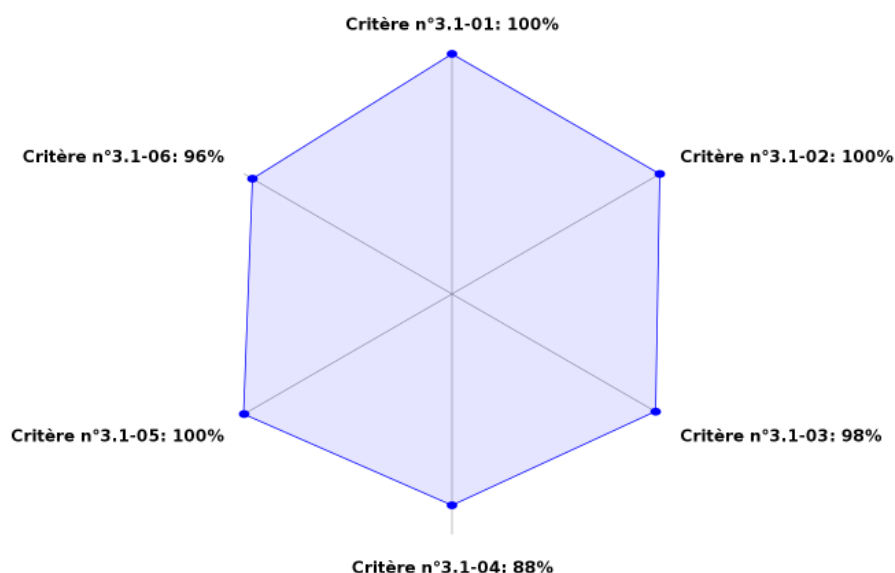
La politique de gestion des ressources humaines garantit la continuité des soins et un environnement favorable à la qualité de vie au travail. Les équipes sont adaptées aux besoins de l'établissement, et des dispositifs de remplacement ou d'accompagnement sont en place lorsque nécessaire. L'adaptation du planning est réalisée en fonction de la répercussion de la charge de travail sur la vie personnelle après interrogation du personnel. En oncologie, par exemple des exercices de "vis ma vie" entre service sont mis en œuvre pour que les deux services se rendent compte du travail de l'autre. Les bilans de compétences réguliers contribuent à identifier les besoins en formation et à soutenir le développement professionnel des équipes. Les programmes de formation par simulation, construits en interne ou proposés par des organismes de formation extérieurs auxquels l'établissement fait appel, sont conformes au guide méthodologique de simulation en santé et gestion des risques de la HAS notamment le programme de formation par simulation réalisé par l'infirmier des urgences (formateur). Le travail en équipe est valorisé et observé dans la majorité des secteurs. Des programmes collectifs, tels que PACTE ou l'accréditation d'équipe, renforcent la coopération et la cohésion entre professionnels. Des mesures de soutien psychologique sont disponibles pour les collaborateurs, et un référent anti-harcèlement accompagne les professionnels. Des réunions de service bimensuelle PROXIELSAN sont organisées pour la gestion des conflits et de tous les « irritants du quotidien » dans tous les services. L'établissement a élaboré une politique de qualité de vie au travail fondée sur des indicateurs, une étude réalisée auprès des professionnels de terrain, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et les risques prioritaires du document unique d'évaluation des risques professionnels. De nombreuses actions sont mises en œuvre : fête de la clinique, Noël des enfants, salle de pause, action logement, gardes d'enfant...

L'établissement joue un rôle central dans la coordination des parcours sur son territoire. Il assure l'orientation des patients vers des parcours adaptés et participe activement aux projets territoriaux de santé. Des conventions et coopérations sont établies avec des établissements partenaires, tels que le

Centre Catalan d'Oncologie, le groupement CORADIX d'imagerie et le laboratoire INNOVIE, ainsi qu'avec des structures de soins de réadaptation, afin de garantir la continuité et la fluidité des prises en charge. La coopération public /Privé est active pour favoriser les parcours patients. Sur les convocations et sur le livret d'accueil, les numéros ou contacts utiles sont mentionnés et sur le site internet on retrouve la présence d'un livret audiodescriptible. La clinique favorise la recherche clinique et l'innovation, et l'École de chirurgie permet le partage des compétences et des technologies entre équipes. Ces initiatives contribuent à positionner l'établissement comme un acteur de référence, tant pour les patients que pour les professionnels du territoire. L'établissement s'engage dans une démarche de développement durable et dans la promotion de soins écoresponsables. La propreté des locaux, la gestion optimisée des déchets, l'éclairage basse consommation et le tri sélectif illustrent cette dynamique. Des outils technologiques innovants sont mis en œuvre, comme Drugcam « l'œil numérique », pour sécuriser la préparation des chimiothérapies à l'URC. La clinique développe également la transition écologique en optimisant l'utilisation des ressources énergétiques et en limitant les plastiques à usage unique. L'introduction d'outils numériques et de dispositifs médicaux connectés contribue à améliorer l'organisation des soins et le parcours patient, tout en soutenant la formation continue des équipes et le partage des innovations technologiques.

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

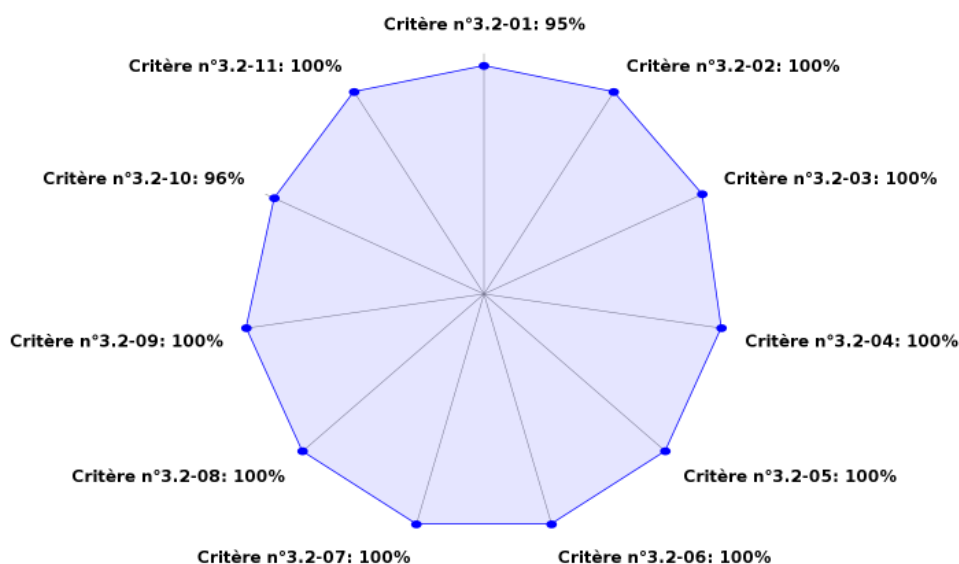
Score de l'objectif **98%**



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	98%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	88%
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	96%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **99%**

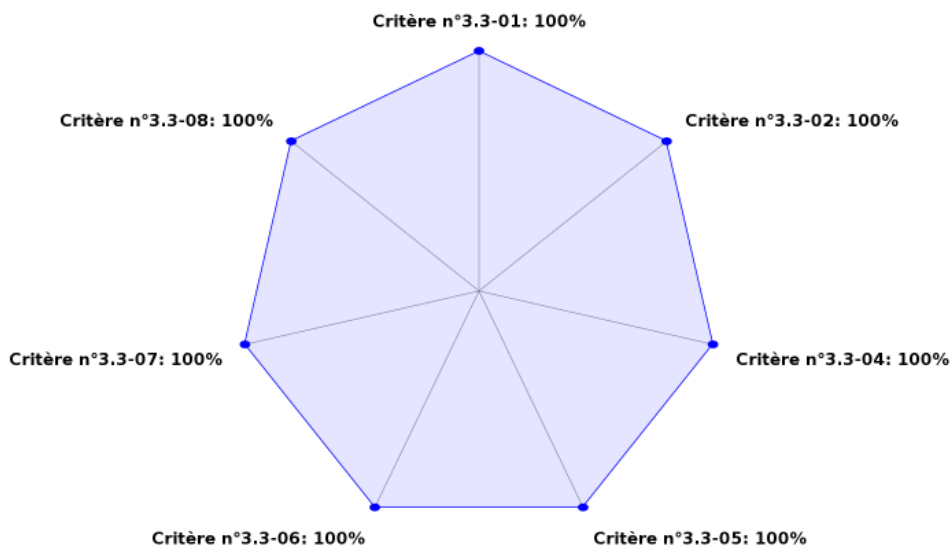


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	95%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	96%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	100%
--------	---	------

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

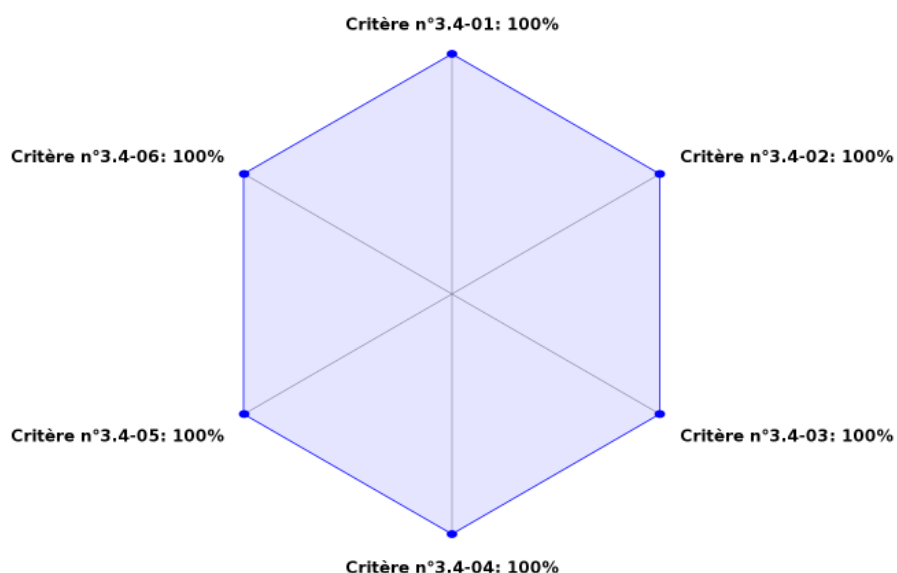
Score de l'objectif **100%**



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	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	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	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

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

Score de l'objectif **100%**



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

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

