



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CLINIQUE DES CEDRES

Chateau d'alliez
31700 Cornebarrieu



Validé par la HAS en Septembre 2026

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 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	14
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	14
Synthèse du chapitre 1	15
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	18
Objectif 1.2 : L'information du patient	19
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	20
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	22
Chapitre 2 : Les équipes de soins	23
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	23
Synthèse du chapitre 2	24
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	27
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	29
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	31
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	33
Chapitre 3 : L'établissement	35
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	35
Synthèse du chapitre 3	36
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	38
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	39
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	41
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	42

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 DES CEDRES	
Adresse	Chateau d'alliez 31700 Cornebarrieu FRANCE
Département / Région	Haute-Garonne / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	310788880	SAS CLINIQUE DES CEDRES	Chateau d'alliez 31700 Cornebarrieu FRANCE
Établissement principal	310781000	CLINIQUE DES CEDRES	Chateau d'alliez 31700 Cornebarrieu FRANCE
Établissement géographique	310784830	CENTRE DE READAPTATION FONCTIONNELLE LES CEDRES	Chateau d'alliez 31700 Cornebarrieu 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
 Electroconvulsivothérapie
 Santé mentale et psychiatrie
 Soins critiques
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 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 **9** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **15** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **22** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 3 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 5 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 6 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
- 1 prescription(s) d'isolement
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 1 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **15** 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 :

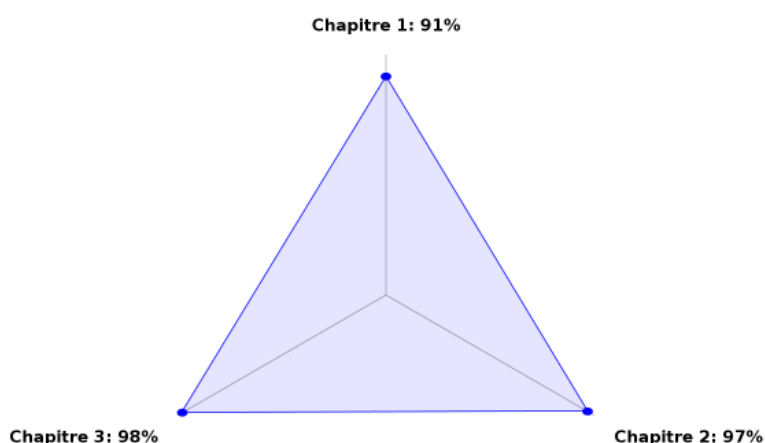
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	97%
Chapitre 3	L'établissement	98%

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%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	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%
2.2-08	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	98%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	88%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	Non Applicable
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	93%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%

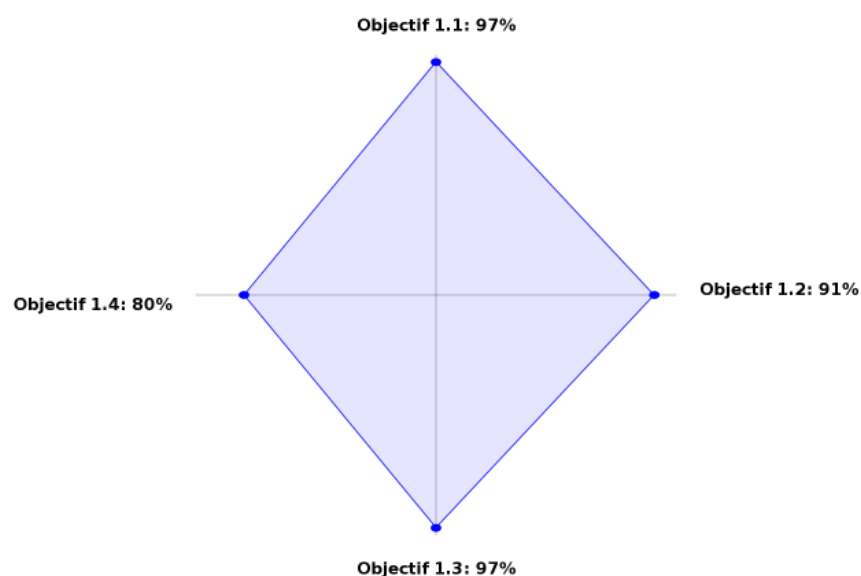
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
--------	---	------

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	65%
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	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	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	91%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	97%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	80%

Synthèse du chapitre 1

L'établissement est engagé dans une politique active de promotion de la bientraitance et de prévention des situations de maltraitance. Une charte de bientraitance est diffusée et connue des professionnels. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation dédiée, complétée par des actions de sensibilisation régulières. Chaque service dispose d'un dossier standardisé avec entre autres les procédures relatives à la détection et au signalement des maltraitements (internes et externes). Les équipes sont sensibilisées aux différentes formes de maltraitance. Un signalement de maltraitance intrafamiliale réalisé en 2026, avec accompagnement par l'assistante sociale, témoigne de l'opérationnalité du dispositif.

Les conditions d'accueil et de prise en charge permettent de préserver l'intimité, la dignité et la confidentialité des patients : locaux adaptés en hospitalisation, ambulatoire. Toutefois en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) du bloc 1 18–19 postes sont répartis en 2 espaces avec seulement 6 paravents disponibles. La commande et l'installation des paravents dans la SSPI de chaque bloc ont été réalisées au cours de la visite. En SSPI du bloc 2 ,14 postes en salle commune, séparés partiellement par des rideaux. Les patients se font face, avec 4 paravents disponibles en cas de nécessités et les patients en attente de sortie sont exposés au regard des autres avec des situations pouvant porter atteinte à la pudeur. En psychiatrie les chambres à deux lits ne disposent pas de paravents. Ceux-ci sont installés uniquement à la demande du patient ou dans les situations le nécessitant. Au service d'urgence, une zone d'attente couchée avec 8 brancards séparés par des rideaux expose la confidentialité des échanges lors des entretiens médicaux réalisés dans cet espace.

Une attention particulière est portée à la sécurisation des biens des patients dans les services de chirurgie et de médecine toutefois il n'y a pas de coffres dans les chambres en psychiatrie. Les locaux sont adaptés à l'accueil des proches. Les chambres mortuaires sont conformes aux attendus réglementaires. Un salon des familles est attenant au local chambre mortuaire.

L'établissement garantit le respect des droits fondamentaux des patients tout au long de leur prise en charge. Les chartes relatives aux droits des patients et diverses informations (hygiène et prévention) sont affichées dans l'ensemble des secteurs de soins. Les professionnels recueillent systématiquement les coordonnées de la personne de confiance. Un outil d'aide intégré dans le DPI permet d'accompagner les professionnels dans la démarche de recueil des directives anticipées. Cependant même si l'équipe mobile de soins palliatifs peut être sollicitée il est noté une absence de ressource structurée d'accompagnement (interne/externe), un défaut de traçabilité (proposition / refus non systématiquement renseignés) et les patients rencontrés en psychiatrie pendant la visite n'ont pas pu s'exprimer concernant leurs droits sur les directives anticipées.

La Prise en charge des mineurs est conforme avec une possibilité d'hospitalisation en chambre individuelle avec présence des parents 24h/24 avec mise à disposition de jeux adaptés à l'âge et une organisation adaptée dans certaines spécialités (ORL, urologie, orthopédie)

La douleur est évaluée, prise en charge et réévaluée : outils adaptés aux patients âgés ou non communicants, prescriptions conditionnées à un score de douleur, recours à des techniques non médicamenteuses dans certains services. Le processus d'identification du patient est conforme aux exigences réglementaires (bracelet d'identification, formation des équipes, identitovigilance).

L'information du patient est délivrée de manière claire et adaptée. Lors des consultations, le médecin ou le chirurgien informe le patient sur : les bénéfices et risques des traitements, les modalités de prise en charge, les alternatives thérapeutiques toutefois il a été noté un manque d'Information patient concernant l'utilisation d'un outil d'intelligence artificielle en endoscopie. L'établissement met à disposition des supports d'information variés : livret d'accueil général et livrets spécifiques (ambulatoire, HDJ), supports pédagogiques (vidéos parcours, flyers, passeports patients). Cependant en psychiatrie on note une absence de support spécifique (passeport) et peu d'information sur les modalités de cette prise en charge spécifique dans le livret d'accueil. L'espace numérique de santé du patient est alimenté de manière systématique (résultats, comptes rendus, lettres de liaison, comptes rendus opératoires). L'information relative au risque transfusionnel est donnée et tracée dans le dossier patient. Les patients porteurs de dispositifs médicaux implantables (DMI) bénéficient d'une information préalable et la carte implant remise et scannée cependant la traçabilité de certains DMI est incomplète (numéro de lot et de série non retrouvés). Des messages d'information et de prévention sont diffusés par affichage, présentoirs et via le site internet de l'établissement. La mesure de la satisfaction et la mise en œuvre d'actions d'amélioration est en place à partir du recueil des résultats e-Satis, de la mise en place d'enquête spécifique (réanimation), du partage des résultats avec les équipes (lettres de félicitations incluses), de l'organisation de cafés qualité autour du PAQSS et de la prise en compte des recommandations des représentants des usagers (ex : signalétique). L'expérience patient est initiée notamment en réanimation avec un hôpital de jour post réanimation et la mise en place d'un parcours structuré avec une Démarche PROMS.

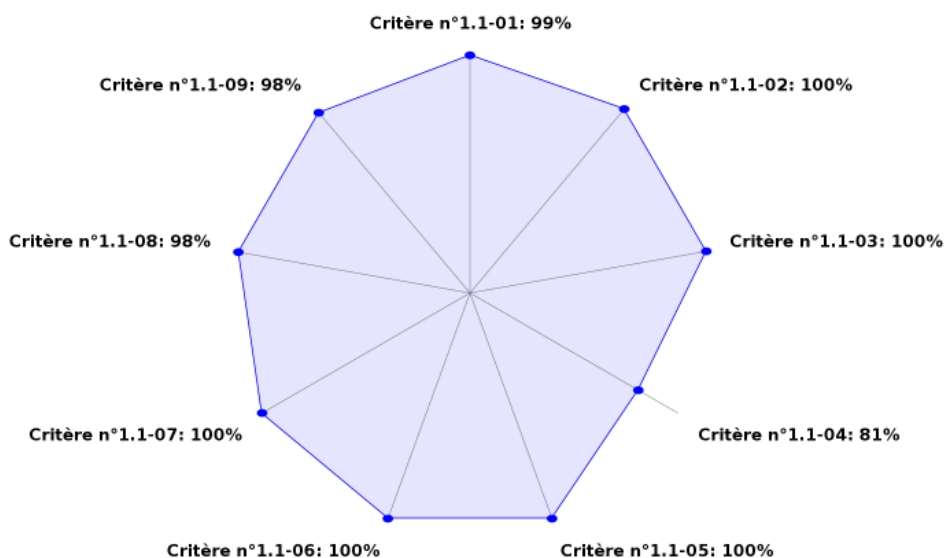
L'établissement favorise l'implication active du patient dans son parcours de soins. Le projet de soins et le projet de sortie sont discutés avec le patient dès l'admission. La décision médicale partagée est mise en œuvre, notamment dans le cadre de la Réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) en orthopédie. Lorsque nécessaire, la personne de confiance est associée aux décisions. Les proches et aidants sont impliqués, en particulier pour les personnes âgées. Aucune restriction des horaires de visite n'est appliquée. La clinique organise une prise en charge adaptée des patients en situation de vulnérabilité : bonne accessibilité et mise à disposition d'équipements et outils de communication adaptés dès l'admission pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, prise en compte des situations de précarité avec intervention de l'assistante sociale et mobilisation de bénévoles si nécessaire. Cependant les personnes âgées ne peuvent pas toujours s'exprimer sur le risque iatrogénique de l'hospitalisation.

L'établissement organise la participation des patients et de leurs représentants à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les représentants des usagers (RU) sont pleinement intégrés à la démarche qualité avec participation au projet d'établissement (révision 2024), élaboration du projet des usagers 2024–2028, participation aux RMM et analyses d'EI et présence dans les services. Certaines actions ont été menées comme une vidéo d'information, un projet de set de table informatif et une contribution à l'amélioration de l'annonce des maladies graves. L'établissement a des projets en cours de développement comme la pair-aidance en psychiatrie et un projet de patient partenaire. Des Innovations organisationnelles et de l'expérience patient sont en cours avec développement de questionnaires spécifiques, l'amélioration de l'accès au dossier patient, la réduction des délais de communication du dossier et la centralisation des données concernant la satisfaction. Des axes d'amélioration ont été identifiés concernant la connaissance par les patients : du dossier médical partagé (DMP), de la messagerie sécurisée, des modalités de réclamation et de déclaration des

événements indésirables et la possibilité de contacter les représentants des usagers et le recours auprès de ceux-ci.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

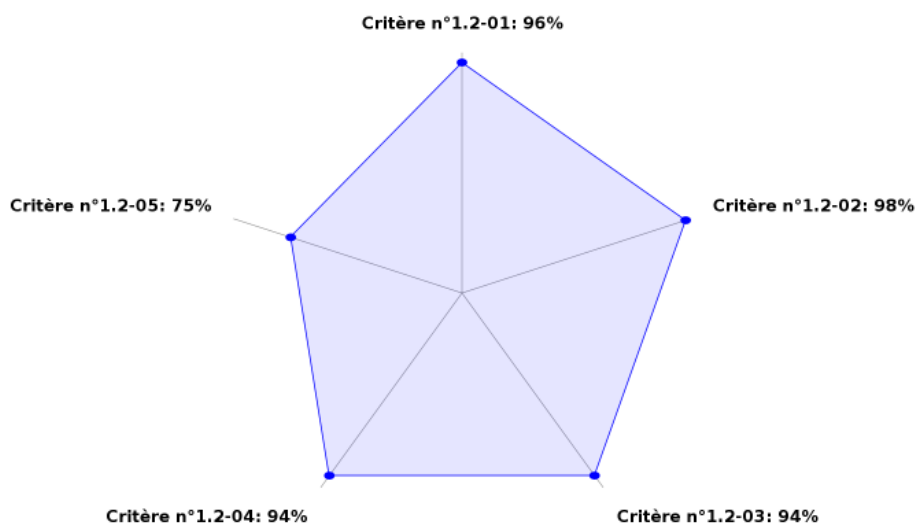
Score de l'objectif **97%**



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	81%
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	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	98%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	98%

Objectif 1.2 : L'information du patient

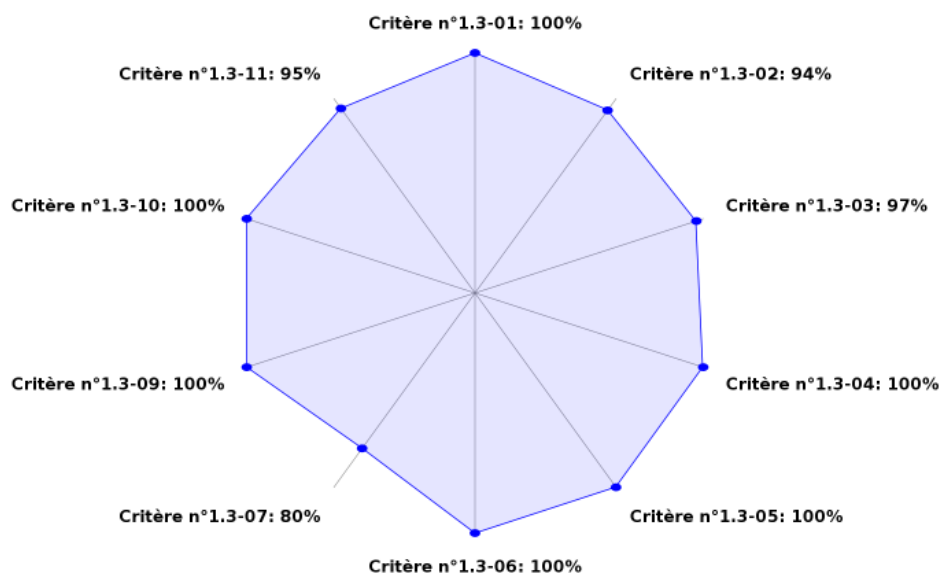
Score de l'objectif **91%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	96%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	98%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	94%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	94%
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.	75%

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

Score de l'objectif **97%**

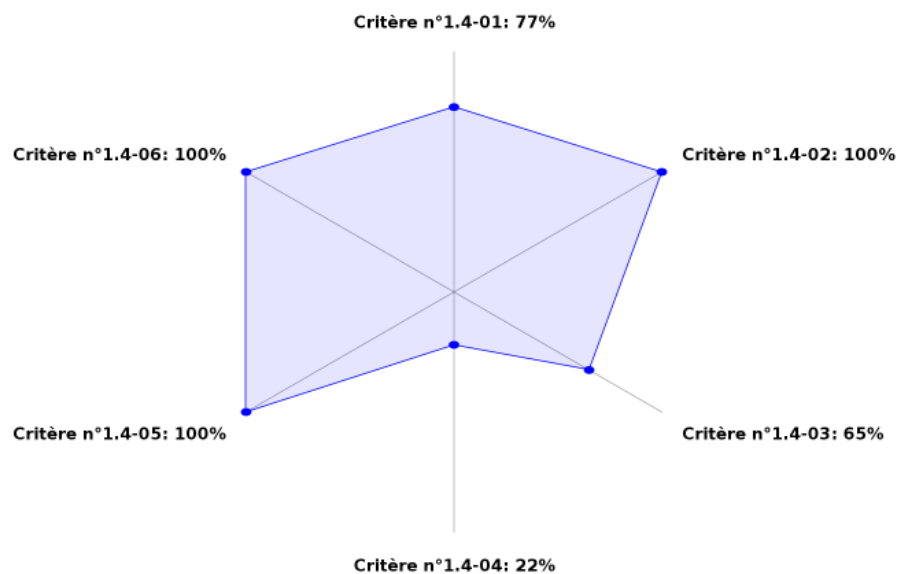


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	94%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	97%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie 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	80%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

1.3-11	soins	95%
--------	-------	-----

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

Score de l'objectif **80%**

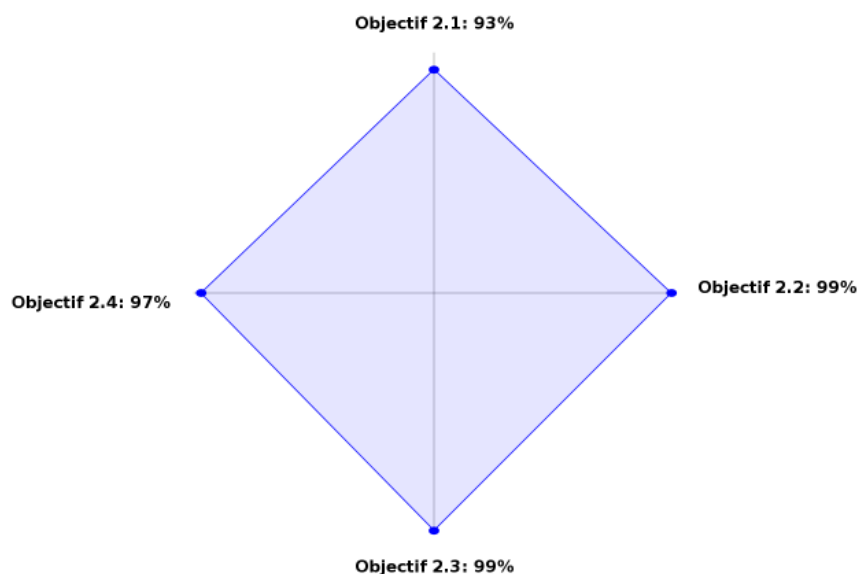


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	77%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	65%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	22%
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 **97%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	93%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	99%
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

L'organisation et la coordination des parcours est en place. Une coordination pluriprofessionnelle et multidisciplinaire est effective à tous les temps du projet de soins, notamment pour les parcours complexes. Les parcours sont bien balisés avec une logique de filière et de réseau. La continuité des soins est assurée (hospitalisation, sortie, relais ville). L'organisation de la sortie est anticipée : ordonnances, examens complémentaires, relais avec la ville, déversement systématique des documents clés (lettre de liaison (LLS), compte rendu de sortie, compte rendu opératoire (CRO), biologie dans Mon Espace Santé (DMP). Cependant il est noté une absence relative de conciliation médicamenteuse et d'accès des soignants au DMP.

L'organisation des parcours est coordonnée avec traçabilité dans le DPI, implication des équipes et interventions pluridisciplinaires adaptées. Les points forts sont nombreux. En gériatrie une organisation très structurée avec staff quotidien, évaluation iatrogénique, coordination pluridisciplinaire. Aux urgences une forte activité bien organisée avec une gestion des lits optimisée. En neurovasculaire des protocoles intégrés et personnalisés et un suivi post-hospitalisation structuré. En oncologie un parcours très structuré et performant et une télésurveillance opérationnelle. En chirurgie bariatrique, centre de référence, un parcours complet et coordonné et de nombreuses publications. Aux soins médicaux de réadaptation (SMR) un projet de soins individualisé médical et soignants (ergothérapeute, kinésithérapeute, aide physique adaptée (APA) et une bonne coordination avec les aidants. En ambulatoire adulte et pédiatrique un parcours fluide et sécurisé et un suivi post-opératoire organisé. Les axes d'amélioration concernent de nombreuses lettres de sortie ne comportant pas de bilan thérapeutique. En psychiatrie, une infirmière spécialisée est basée aux urgences. Un pacte de refondation des urgences psychiatrique dans le cadre d'un Groupement de Coopération sanitaire a pour objectif de coordonner le parcours de soin. Un médecin généraliste coordonne la prise en charge des soins somatiques en psychiatrie. Le risque suicidaire est maîtrisé. En cas de survenue d'un acte suicidaire le médecin et l'encadrement sont alertés, la direction avertie, une fiche de déclaration est renseignée. Le service d'électro convulsivothérapie (ECT) est intégré à la psychiatrie. C'est un service référencé au niveau national qui collabore avec le CHU et la médecine de ville.

Les risques inhérents aux activités de soins sont maîtrisés. L'Identitovigilance et sécurité du patient est en place avec application de la charte d'identitovigilance, qualification de l'INS par personnel habilité, gestion des situations en mode dégradé, connaissance des signalements d'erreurs par les professionnels. Le risque médicamenteux est maîtrisé. La pharmacie à usage intérieure (PUI) est sécurisée, le comité médicament actif et un responsable qualité dédiée. Les prescriptions sont informatisées sauf au bloc opératoire et le traitement personnel pris en compte. La traçabilité de l'administration est exhaustive dans le DPI. Les médicaments à risque sont identifiés et les professionnels formés. La gestion des allergies et prescriptions conditionnelles sont conformes. Les bonnes pratiques de préparation des médicaments injectables sont respectées. Un référent médicament est présent dans chaque service. L'analyse pharmaceutique est partielle (dans 52 % des services). La conciliation médicamenteuse n'est pas en place sauf en oncologie ou elle est systématique pour les thérapies orales. Le circuit des chimiothérapies (URC) et immunothérapies est sécurisé avec contrôle par scan patient/produit. Pour les antibiotiques, le référent antibiotique est identifié (intervention hebdomadaire) et des outils disponibles (antibiogarde, référentiel). Cependant

concernant la justification et la réévaluation des antibiotiques il n'y a pas eu d'audits en 2024–2025 et une évaluation limitée (21 dossiers) en 2026 avec des résultats montrant une justification à 71 % et une réévaluation à 48 %. Un renforcement de la communication (flash info avec sensibilisation des prescripteurs) et un quick audit a été fait pendant la visite. Pour l'antibioprophylaxie les protocoles suivent les recommandations SFAR actualisés, Une évaluation des pratiques (EPP) a été réalisée.

La Prévention et maîtrise du risque infectieux est en place. L'équipe opérationnelle d'hygiène est impliquée et reconnue. Elle assure des formations régulières aux professionnels ainsi que des audits. L'hygiène des mains est maîtrisée, les référents hygiènes identifiées, les précautions complémentaires prescrites et tracées. Les dispositifs invasifs sont tracés. Le suivi des infections du site opératoire est en place mais les déclarations d'infections non exhaustives. Une non-conformité ponctuelle concernant un port de gants a été noté ainsi que des pratiques non conformes avec transfert du patient du brancard extérieur vers la table d'opération en salle de bloc. En endoscopie les circuits sont conformes. Le circuit des déchets est sécurisé.

Au bloc et dans les secteurs interventionnels, les check-lists sont adaptées effectives et tracées, les NOGO suivis, toutefois La check-list a été évaluée récemment par un audit, mais les résultats n'ont pas été communiqués au comité de bloc et le plan d'action défini mis en place en cours de visite. De plus il a été noté que le service ambulatoire rattaché au bloc 2 est un espace avec accès protégé en lien direct avec le bloc où peuvent se côtoyer les patients et leurs accompagnant en tenue civile et les soignants. Des chirurgiens peuvent ponctuellement intervenir en tenue de bloc dans cette zone. La radioprotection est conforme (dosimètres, protections). En Imagerie interventionnelle les règles de sécurité et de programmation sont respectées.

L'établissement n'a pas d'activité de prélèvement d'organes et de tissus. Les équipes analysent les dossiers des patients en état de mort cérébrale pour déterminer leur éligibilité au don d'organe. Selon des critères, ils contactent l'équipe de coordination du CHU de Toulouse.

Le dispositif d'urgence vital est opérationnel (numéro unique). Des simulations sont organisées dans tous les services. Le contrôle des chariots d'urgence est régulier. La majorité du personnel soignant est formée aux gestes d'urgence.

Les bonnes pratiques transfusionnelles sont appliquées à toutes les étapes, de la prescription à l'administration, avec une évaluation régulière de la pertinence des actes et un suivi du taux de destruction des produits sanguins labiles. L'analyse bénéfice/risque est systématique.

L'utilisation de mesure de restriction est décidée en équipe, avec le patient et la famille. Le personnel soignant est formé à l'utilisation du matériel lors de la mise à disposition. La pertinence du maintien de la contention est systématiquement réévaluée et tracée. Au SMR la fermeture à clé systématique des fenêtres des chambres sans prescriptions et sans évaluation de cette fermeture est perçu par certains patients comme une restriction de liberté. D'après la direction la configuration du bâtiment ancien n'a pas permis une autre alternative.

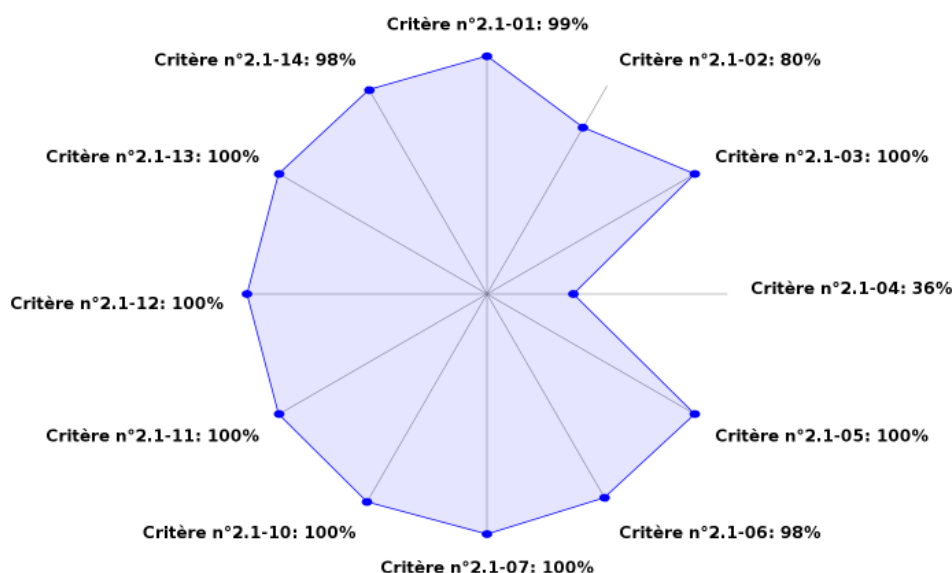
Au SMR les patients sont suivis en groupe en HDJ et en individuel en HC. Leur entrée se fait via trajectoire que le mode d'entrée soit en interne ou en externe. Le projet de soin est élaboré avec objectif patient et objectif professionnel lors de la première consultation avec le médecin MPR puis chaque intervenant élabore son projet de soin spécifique à sa fonction. Possible réunion pluridisciplinaire avec

les aidants pour les cas complexes. Possible recours à des intervenants extérieurs pour la réinsertion professionnelle.

Les indicateurs (IQSS et indicateurs internes) sont suivis dans plusieurs secteurs : en gériatrie (réhospitalisation, DMS), en chirurgie bariatrique, aux urgences et en oncologie. Les résultats sont partagés en équipe et utilisés pour définir des actions d'amélioration (réduction de la DMS de 12 à 10 jours en gériatrie). Toutefois il y a une absence de suivi dans certains secteurs (psychiatrie, SMR) et une hétérogénéité du déploiement. Les démarches d'évaluation des pratiques sont nombreuses (delirium, check-list bloc, pansements, pertinence des actes) et des audits menés (antibioprophylaxie, hygiène, check-list). Cependant les résultats ne sont pas toujours partagés et les plans d'actions non systématiquement formalisés. Une démarche qualité est en place avec COPIL qualité trimestriel, un PAQSS connu des professionnels, des cafés qualités et une implication des équipes globalement forte. Les axes d'amélioration concernent la structuration et l'homogénéisation des démarches et une exploitation approfondie des résultats (indicateurs, audits). La démarche environnementale est en place avec suivi et communication des consommations (eau, électricité, production de déchets) et des actions engagées (digitalisation du dossier patient, réduction du papier et certaines initiatives environnementales (ruches, avec redistribution de miel aux professionnels).

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

Score de l'objectif **93%**

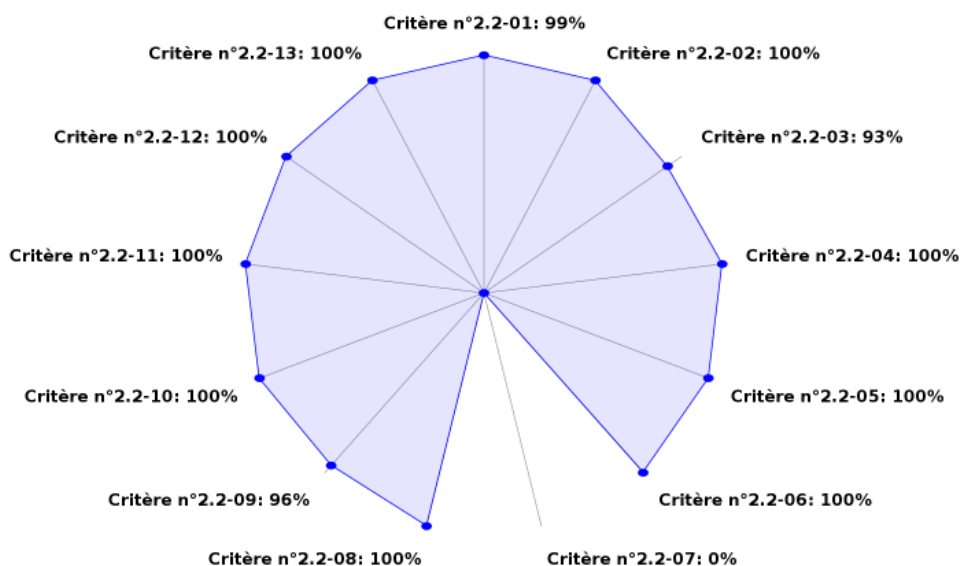


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	99%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	80%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	36%
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	98%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	100%
2.1-11	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	100%

2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	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	98%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **99%**

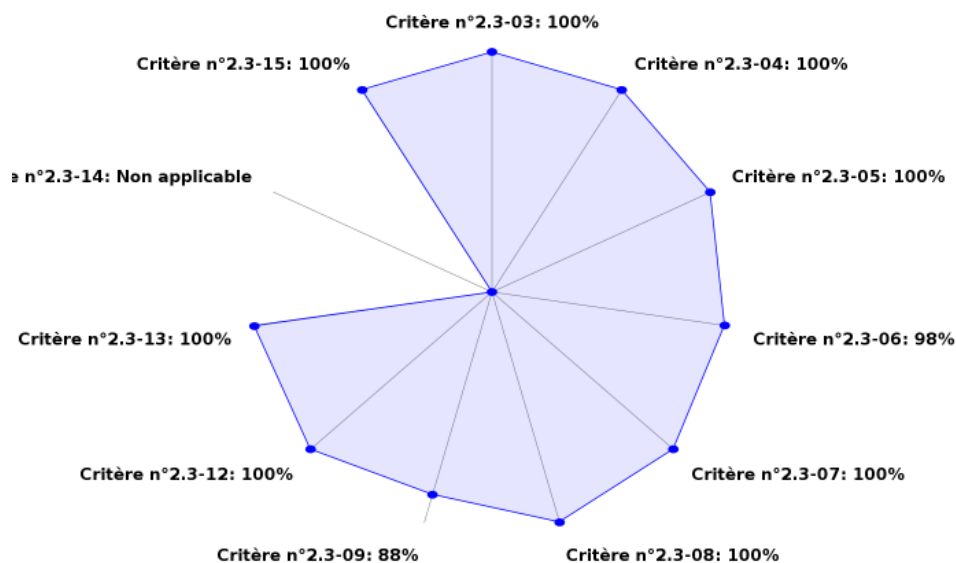


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	99%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	93%
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	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	96%
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	100%

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 **99%**

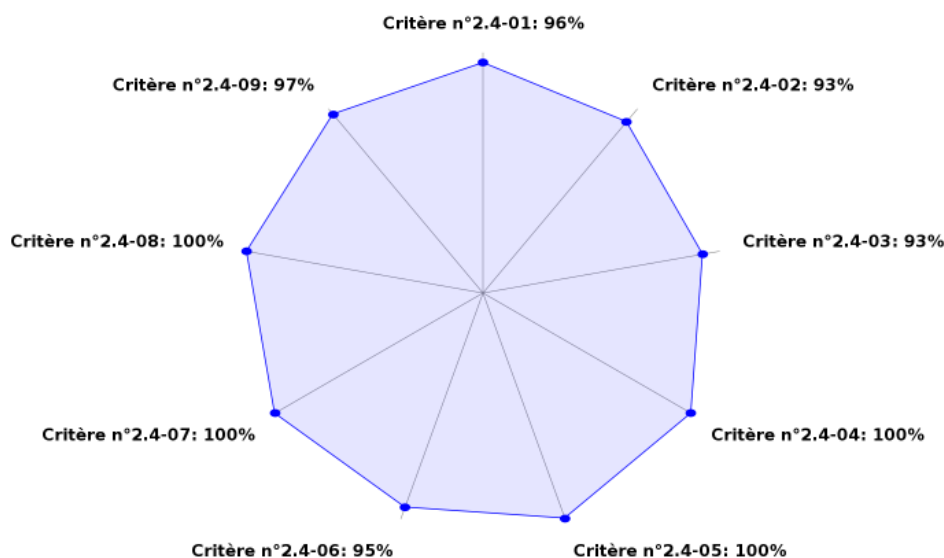


Critères		
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	100%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	98%
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 »	88%

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%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	Non Applicable
2.3-15	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie	100%

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

Score de l'objectif **97%**



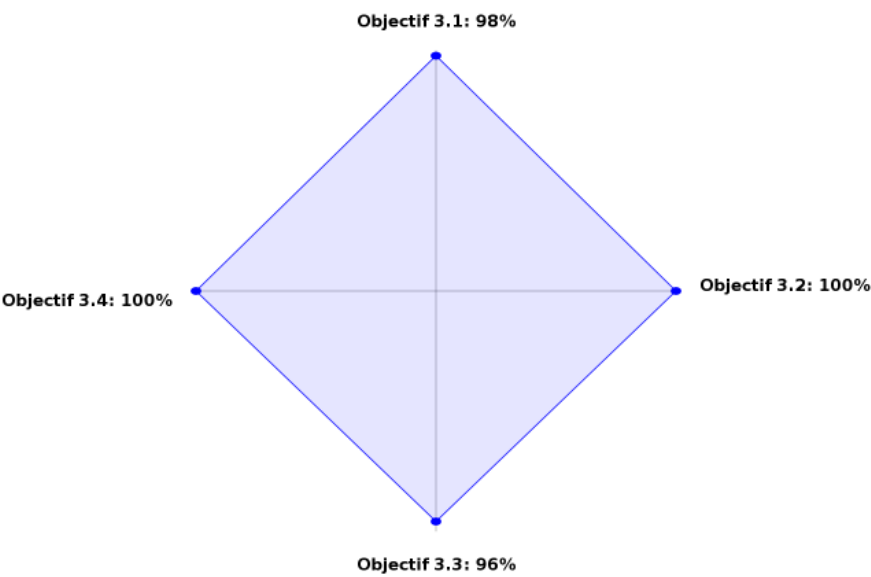
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	96%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	93%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	93%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	100%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	95%
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	97%
--------	--	-----

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **98%**



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	100%
3.3	Le positionnement territorial	96%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	100%

Synthèse du chapitre 3

La clinique des cèdres fonde sa gouvernance sur un management centré sur la qualité et la sécurité des soins. Le président de CME et le médecin gestionnaire des risques associés aux soins (GRASS) sont fortement impliqués dans cette dynamique. Le pilotage qualité s'appuie sur un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) construit à partir des résultats de la certification, des audits internes, des indicateurs qualité-sécurité, des enquêtes de satisfaction et du dispositif e-Satis. Ce programme est connu des professionnels, qui participent activement aux audits, aux RETEX, aux RMM et aux CREX. Les « presque-accidents » sont également analysés, traduisant une culture de prévention partagée. La culture de déclaration des événements indésirables (EI / EIG) est développée avec un logiciel dédié, une anonymisation possible et une charte de non-punition connue. L'analyse d'un EIG est structurée. L'information du patient est tracée, l'analyse selon méthode ALARM, les RMM organisées et le plan d'action formalisé et suivi. Les professionnels sont accompagnés par une cellule de débriefing avec possible soutien psychologique des équipes. Tout dommage associé aux soins est annoncé au patient et tracé dans le DPI.

La gestion des risques et préparation aux situations exceptionnelles est opérationnelle. Le plan de gestion des tensions est connu, les simulations de crise (attentat, crash aérien) régulière et des RETEX faits (COVID, pannes informatiques). Un référent sécurité est en place et un médecin urgentiste formé à la médecine de catastrophe. Le risque numérique est maîtrisé toutefois tous les professionnels habilités n'ont pas accès au DMP et ne disposent pas d'une messagerie sécurisée.

La Démarche éthique est en place avec un comité d'éthique actif (réunions trimestrielles) et un référent éthique identifié. Des actions ont été menées avec des conférences (fin de vie, don d'organes), un travail avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'implication des RU et des bénévoles.

La gouvernance mobilise les équipes à travers des groupes de travail thématiques, des référents identifiés et des temps réguliers d'échanges (staffs, réunions de services, réunions d'amélioration des pratiques). Les procédures sont élaborées au plus près du terrain puis structurées par le service qualité, favorisant l'appropriation par les professionnels. Une culture de sécurité est activement développée, notamment via des enquêtes culture sécurité. Les professionnels participent aux audits et à la démarches qualité avec valorisation des retours patients. Les équipes médicales libérales sont structurées et interchangeables et de nombreux médecins sont accrédités certains d'entre eux en équipes (urologie, gastroentérologie...). Les médecins anesthésistes ne sont pas accrédités.

La gestion des ressources humaines est structurée avec une cellule hebdomadaire d'adaptation des effectifs, un pool de remplacement, le recours à HUBLO et aux vacataires. L'Intégration des professionnels se fait grâce à un livret d'accueil, une journée d'intégration semestrielle et un tutorat systématique. Le développement des compétences par un plan de formation structuré : formations obligatoires priorisées, simulation (urgences, bientraitance...), formation AFGSU, peut se faire grâce à un centre de formation interne commun aux 3 cliniques du groupe. L'établissement accueille 500 stagiaires (IFSI, Croix-Rouge). L'encadrement paramédical bénéficie soit d'un DU management, soit d'un parcours « manager de proximité ». Il bénéficie de formations régulières et de journées thématiques : « manager engager », « gestion des conflits », risque professionnels, harcèlement, dommages liés aux soins.

Un protocole de coopération médecins réanimateurs / infirmiers sur la poste de cathéters est déclaré auprès de l'ARS permet un développement des compétences des infirmières répondant aux critères d'inclusion. Le développement des infirmières en pratique avancée est en cours.

La politique qualité de vie au travail (QVT) est formalisée et évaluée avec une enquête tous les 2 ans et ajustement des actions. De nombreux dispositifs sont proposés tels que l'aide au logement et la garde d'enfant, le télétravail partiel, le covoiturage, les activités sportives. La gestion des conflits se fait grâce à un dispositif de signalement, des enquêtes RH et un possible accompagnement psychologique.

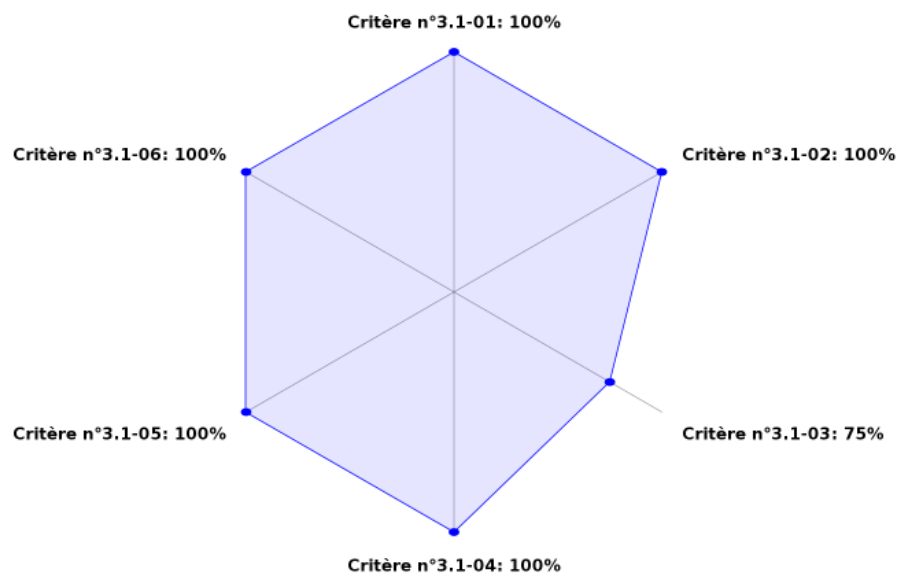
L'établissement présente un positionnement stratégique affirmé avec des filières reconnues : Il est référencé pour les maladies rares en neurochirurgie du patient handicapé, en partenariat avec un SMR spécialisé. Des filières d'excellence existent pour la chirurgie bariatrique et la neuroradiologie interventionnelle. La neuroradiologie est un centre expert avec gardes partagées avec le CHU et activité de recours pour les thrombectomies. L'établissement est fortement intégré dans son territoire avec un lien structuré avec le SAMU (réunions bimensuelles, RMM et réunions annuelles communes (neurologie, neurovasculaire). La clinique a une participation active avec le CPTS et le projet territorial de santé mentale. Elle déploie des dispositifs innovants de télémédecine, téléexpertise (cardio, neuro, pneumo, endocrino...) et télésurveillance (oncologie). Un projet institutionnel en gériatrie est initié pour mise en place de téléconsultations, permettant de développer l'Equipe Mobile de Gériatrie hors hospitalisation, en lien avec les EHPAD et médecins généralistes (projet mené avec le Grade Occitanie). Le ROR est mis à jour 2 à 3 fois/jour. Une organisation territoriale existe avec une gestion des tensions en lien avec l'ARS et le CHU et le développement de lits post-urgences (10 lits monitorés). L'établissement a une forte activité d'urgences (population âgée importante : 40 % > 75 ans) et a mis en place une filière gériatrique avec sortie facilitée à J0, une coordination post-urgences pour limiter les réhospitalisations et une conciliation médicamenteuse pour les patients âgés. Le développement de l'offre de soins se fait au travers de consultations avancées, de l'existence d'une maison médicale en centre-ville et d'un annuaire de santé partagé. La clinique dispose de deux programmes labellisés d'éducation thérapeutique et prévention (obésité, diabétologie) et mène des actions en pneumologie et psychiatrie.

Sur le plan environnemental, la clinique s'inscrit dans une démarche d'écoresponsabilité. La démarche de développement durable est engagée (tri des déchets, réduction du papier, suppression de certains dispositifs (kits de soins, gaz anesthésiques). Certaines initiatives sont en cours comme le projet « Green Réa », la green zone au bloc (revalorisation du matériel) et la production de miel. La clinique affiche ses consommations (eau, énergie).

La direction de la recherche est centralisée. La clinique dispose de deux assistants de recherche clinique. Une valorisation financière des médecins qui publient existe. La clinique participe à des projets multicentriques. Une newsletter trimestrielle est éditée.

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

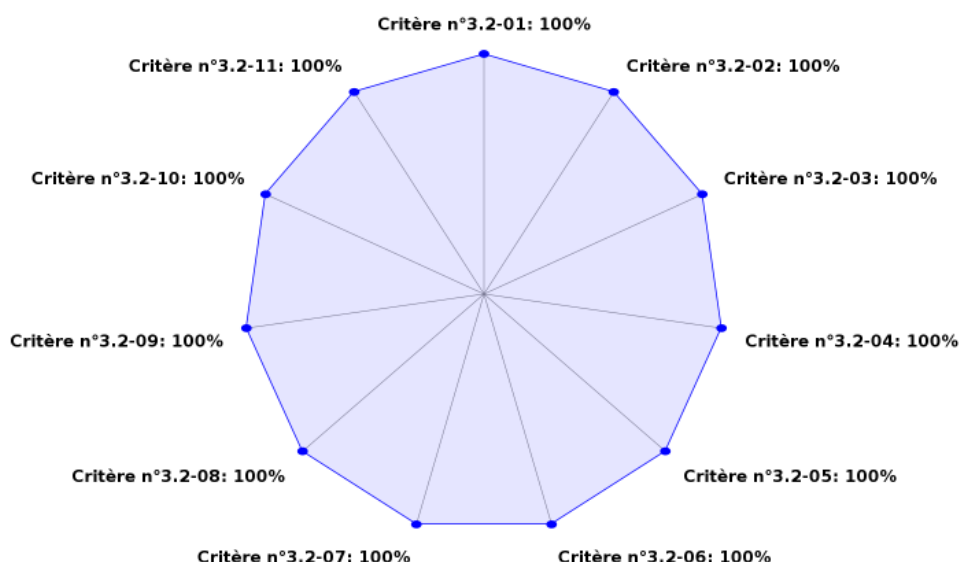
Score de l'objectif **98%**



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	75%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	100%
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	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **100%**

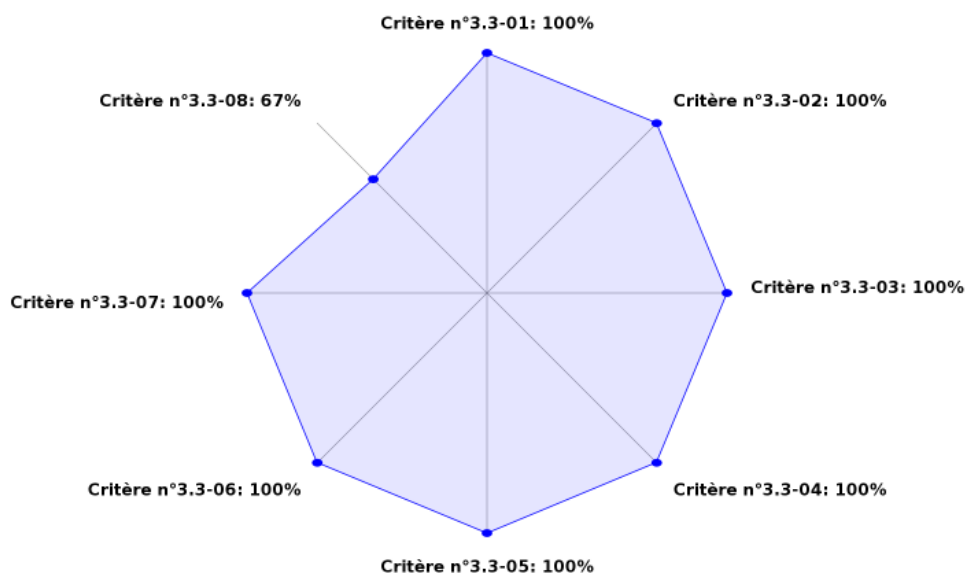


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	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	100%

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

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

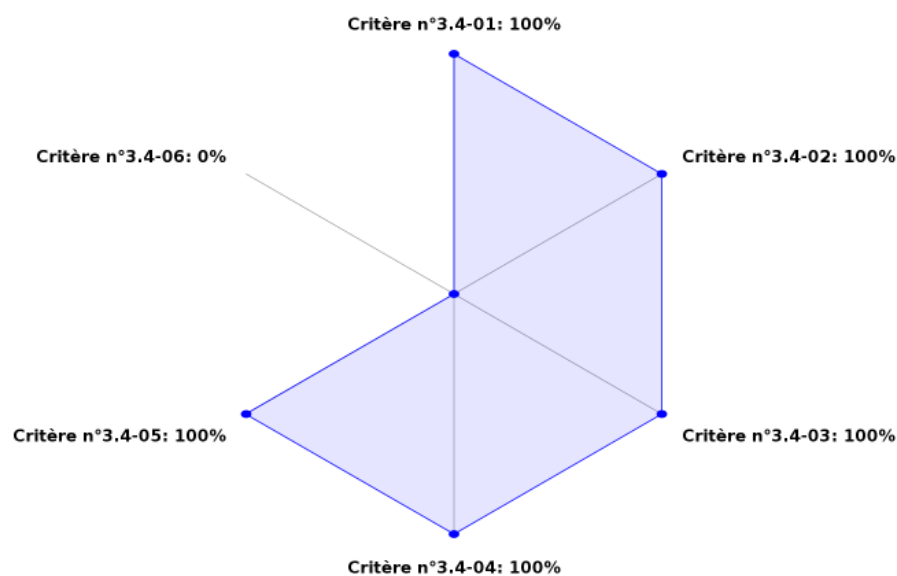
Score de l'objectif **96%**



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%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	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	67%

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	0%

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

