HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

# RAPPORT DE CERTIFICATION

**POLE PEDIATRIQUE DE CERDAGNE**

2 avenue du carlit

66340 Osseja




**Validé par la HAS en Octobre 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 – Octobre 2026

# Sommaire


Préambule 4
Présentation 5
Les critères évalués 6
Les évaluations réalisées pendant la visite 7
La décision 8
Les résultats 9
  Les résultats des critères impératifs et avancés 10
Chapitre 1 : Le patient 13
  Résultats du chapitre 1 : Objectifs 13
  Synthèse du chapitre 1 14
  Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient 16
  Objectif 1.2 : L'information du patient 17
  Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins 18
  Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement 19
Chapitre 2 : Les équipes de soins 20
  Résultats du chapitre 2 : Objectifs 20
  Synthèse du chapitre 2 21
  Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient 23
  Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques 24
  Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation 26
Chapitre 3 : L'établissement 27
  Résultats du chapitre 3 : Objectifs 27
  Synthèse du chapitre 3 28
  Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins 30
  Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences 31
  Objectif 3.3 : Le positionnement territorial 33
  Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques 34

# 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

| POLE PEDIATRIQUE DE CERDAGNE | |
|---|---|
| Adresse | 2 avenue du carlit<br>66340 Osseja FRANCE |
| Département / Région | Pyrénées-Orientales / Occitanie |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Établissement de santé privé d'intérêt collectif |

| Type de structure | N° FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
|---|---|---|---|
| Établissement juridique | 590799730 | ALEFPA | 199-201 rue colbert<br>Bp 72<br>59003 LILLE Cedex FRANCE |
| Établissement géographique | 660010422 | POLE PEDIATRIQUE DE CERDAGNE HTP | 2 RUE LBN SINAI AVICENNE<br>66330 CABESTANY FRANCE |
| Établissement principal | 660780321 | POLE PEDIATRIQUE DE CERDAGNE | 2 avenue du carlit<br>66340 Osseja FRANCE |

# Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les l'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 |
| --- |
| Soins Médicaux et de Réadaptation |

| Population |
| --- |
| Enfants et adolescents |

# Les évaluations réalisées pendant la visite

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



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



Evalué **4** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **10** 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
- 3 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 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 **13** 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

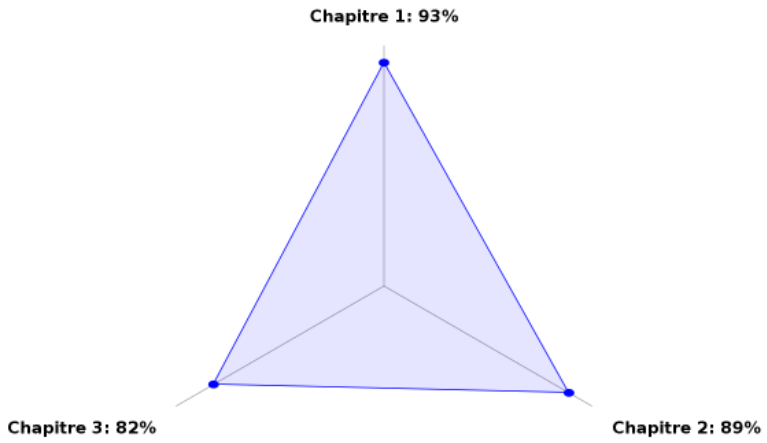
En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Ce rapport et la décision sont publiés sur QUALISCOPE et communiqués à l'Agence Régionale de Santé, autorité de tutelle de l'établissement. L'établissement doit en assurer la plus large diffusion. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

# 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 maitrise 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 | 93% |
| Chapitre 2 | Les équipes de soins | 89% |
| Chapitre 3 | L'établissement | 82% |

## 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.

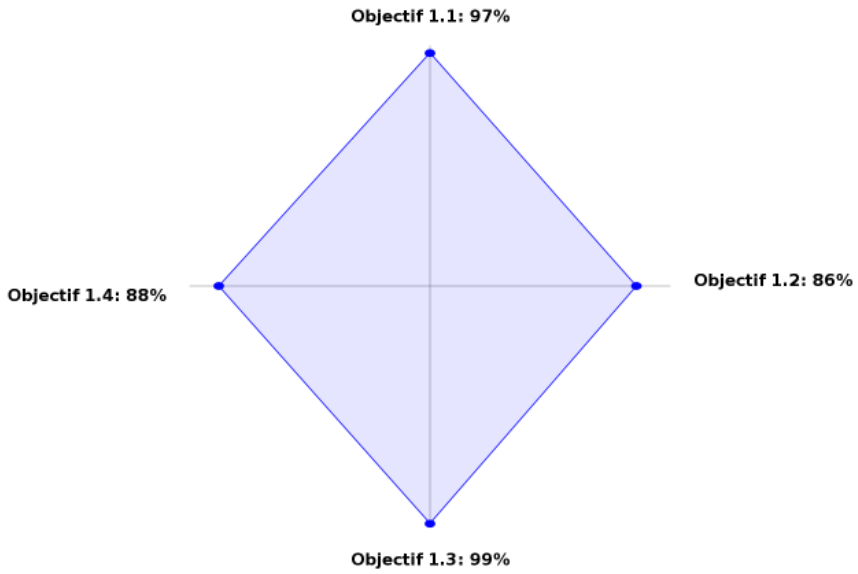
| Critères | Résultats des critères impératifs | Score |
|---|---|---|
| 1.1-01 | Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé | 100% |
| 1.1-02 | Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté | 100% |
| 1.1-05 | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur | 75% |
| 1.1-06 | Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante | 100% |
| 1.3-01 | Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités | 89% |
| 1.4-02 | La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte | 100% |
| 2.2-02 | Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments | 100% |
| 2.2-05 | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. | 87% |
| 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 | 62% |
| 2.4-02 | La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée | 83% |
| 3.1-04 | L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents | 80% |
| 3.1-05 | La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée | 100% |
| 3.3-05 | L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées | Non Applicable |

| Critères | Résultats des critères avancés | Score |
|---|---|---|
| 1.4-03 | La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients | 0% |
| 2.2-07 | L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM) | Non Applicable |
| 3.1-03 | Des médecins et des équipes médicales sont accréditées | Non Applicable |
| 3.2-04 | L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé | 0% |
| 3.4-06 | L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle | 0% |

# Chapitre 1 : Le patient

## Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **93%**




| Objectifs | | |
|---|---|---|
| 1.1 | Le respect des droits du patient | 97% |
| 1.2 | L'information du patient | 86% |
| 1.3 | L'engagement du patient dans son projet de soins | 99% |
| 1.4 | L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement | 88% |

## Synthèse du chapitre 1

Les conditions d'accueil respectent la dignité et l'intimité des patients (enfants et adolescents). Le Pôle pédiatrique de Cerdagne dispose de chambres doubles avec des pratiques (chambres doubles occupées comme chambres individuelles si nécessaire, lieux dédiés pour la confidentialité des échanges tant avec les enfants qu'avec les parents, ...) y compris dans le secteur d'hospitalisation de jour situé sur un autre site géographique. La présence des parents est organisée et une unité parent-enfant est identifiée au sein du Pôle pédiatrique.

La charte de la personne hospitalisée et celle de l'enfant hospitalisé figurent dans le livret d'accueil et est affichée en divers lieux de l'établissement. Le patient est informé de la possibilité de désigner la personne à prévenir pour sa sortie ou en cas de difficulté.

L'évaluation de la douleur, à l'entrée du patient et tout au long du séjour, est recherchée à l'aide d'outils adaptés. Le patient est incité à exprimer sa douleur, dès lors qu'il la ressent ou susceptible de la ressentir.

La bientraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement. Les professionnels connaissent les conduites à tenir et prendre en charge les situations de maltraitance. Des modalités d'écoute et d'échange quotidiens sont mis en œuvre. Des actions de sensibilisation pour tout acte de maltraitance, de violence ou de harcèlement sont conduites régulièrement auprès des équipes.

Le patient reçoit une information claire et adaptée sur son état de santé, ses traitements et ses soins. En plus des livrets d'accueil, le patient est informé en visioconférence, en amont de son hospitalisation de ses droits et obligations (règlement intérieur) durant le séjour tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation à temps partiel. En prévision de sa sorite, il reçoit toutes les consignes utiles à la continuité de ses soins.

Le patient est informé des associations de bénévoles mais n'a pas identifié les représentants des usagers joignables par le biais du secrétariat de direction qui fait le relai entre les patients et les représentants des usagers.

Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités qui sont retrouvés dans le dossier. Toutefois, le projet de soins n'est pas toujours signé par les deux parents. Depuis la visite l'établissement s'est fortement mobilisé pour veiller au recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale.

L'établissement favorise l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap. Le patient porteur d'un handicap autre que celui pour lequel il est pris en charge, bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Selon les besoins spécifiques du patient, un recours à des professionnels identifiés est mobilisé (assistant social, psychologue, ergothérapeute, éducateurs spécialisés…). Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour.

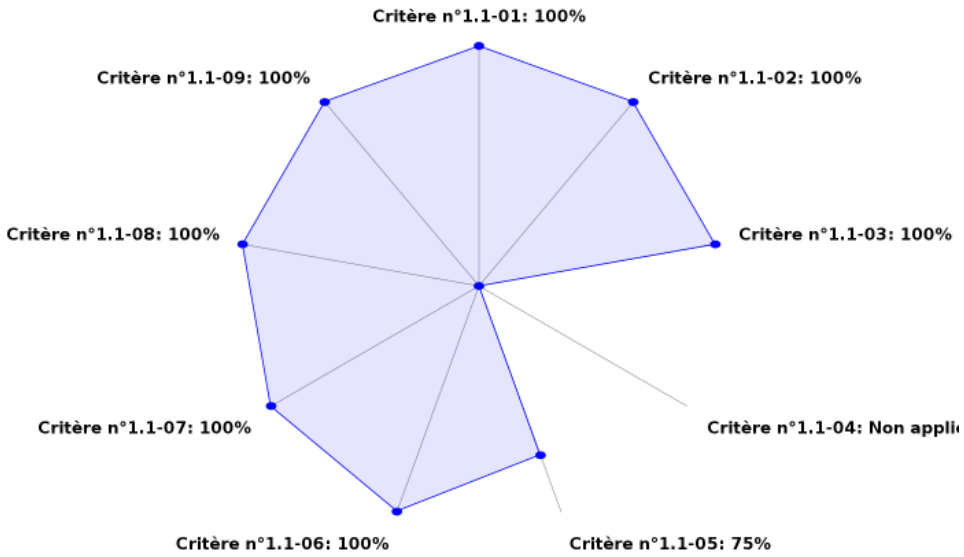
Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique et de prévention primaires adaptés à la population accueillie (addictions, réseaux sociaux...) sont présents par voie d'affichage au niveau de l'accueil de l'établissement et au sein de tous les secteurs d'activité.

L'établissement incite les patients à participer aux différentes enquêtes internes et nationales et assure le suivi de la participation. Les résultats sont analysés, partagés avec les équipes et affichés. Les actions d'amélioration sont inscrites au programme d'amélioration de la qualité.

Les représentants des usagers (RU), impliqués dans la vie de l'établissement, participent activement à la commission des usagers (CDU) et sont présents au sein de l'établissement. Cependant, le projet des usagers n'est pas formalisé.

## Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

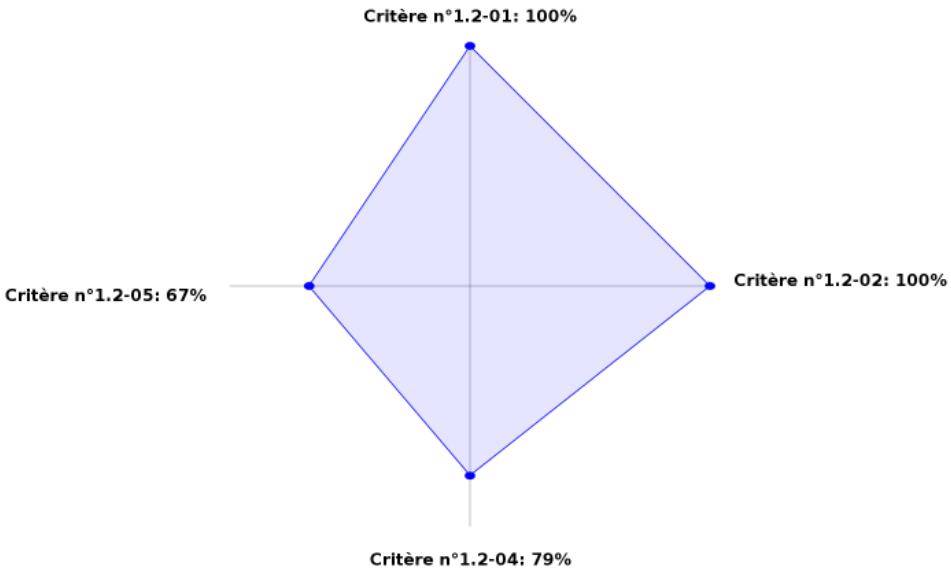
Score de l'objectif **97%**




| Critères | | |
|---|---|---|
| 1.1-01 | Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé | 100% |
| 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 | Non Applicable |
| 1.1-05 | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur | 75% |
| 1.1-06 | Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante | 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 | 100% |
| 1.1-09 | Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée | 100% |

## Objectif 1.2 : L'information du patient

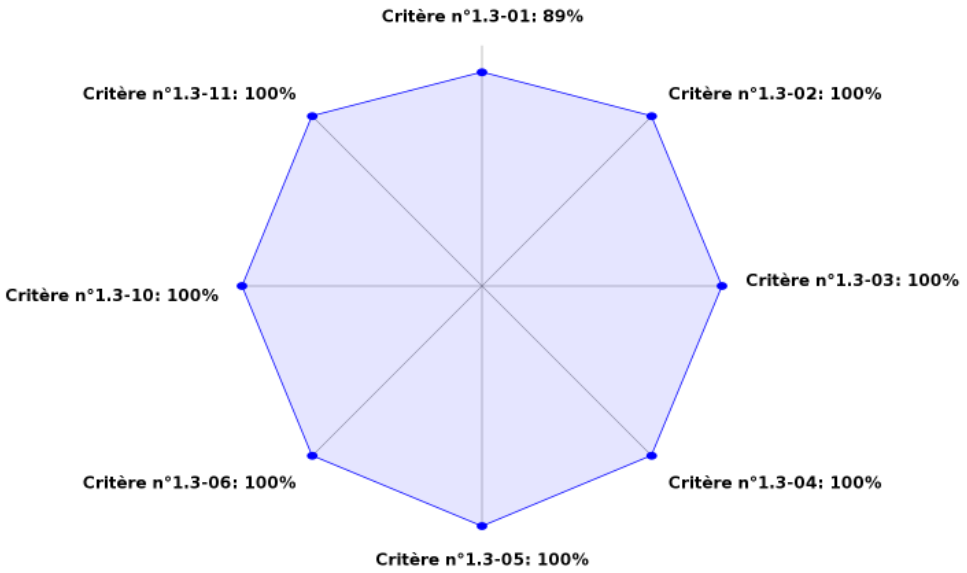
Score de l'objectif **86%**




| Critères | | |
|---|---|---|
| 1.2-01 | Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour | 100% |
| 1.2-02 | Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge | 100% |
| 1.2-04 | Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge | 79% |
| 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. | 67% |

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

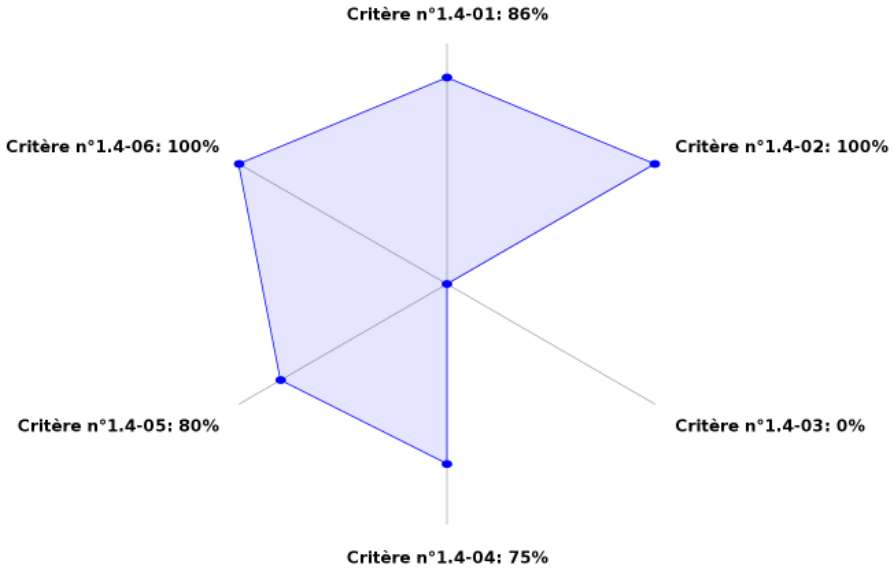
Score de l'objectif **99%**




| Critères | | |
|---|---|---|
| 1.3-01 | Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités | 89% |
| 1.3-02 | Le patient a pu désigner une personne de confiance | 100% |
| 1.3-03 | Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins | 100% |
| 1.3-04 | Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie | 100% |
| 1.3-05 | Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates | 100% |
| 1.3-06 | Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour | 100% |
| 1.3-10 | Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé | 100% |
| 1.3-11 | Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins | 100% |

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

Score de l'objectif **88%**

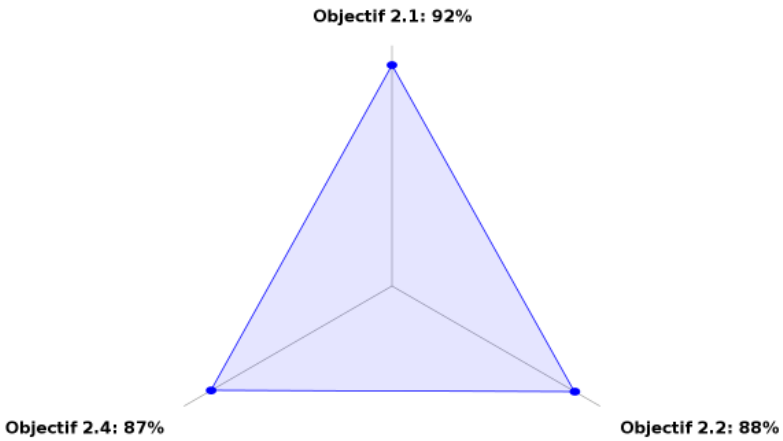



| Critères | | |
|---|---|---|
| 1.4-01 | Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience | 86% |
| 1.4-02 | La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte | 100% |
| 1.4-03 | La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients | 0% |
| 1.4-04 | Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins | 75% |
| 1.4-05 | Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement | 80% |
| 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 **89%**




| Objectifs | | |
|---|---|---|
| 2.1 | La coordination des équipes pour la prise en charge du patient | 92% |
| 2.2 | La maîtrise des risques liés aux pratiques | 88% |
| 2.4 | La culture de la pertinence et de l'évaluation | 87% |

## Synthèse du chapitre 2

La coordination des professionnels assure la qualité et la sécurité des soins au sein du parcours intra hospitalier du patient. Les compétences en interne et les conventionnements avec de nombreux partenaires (CH de Perpignan, hôpital de Cerdagne, ...) permettent aux professionnels de bénéficier d'un recours à des réseaux d'équipes d'experts si nécessaire.

L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé permettant l'accès à tous les éléments utiles à la prise en charge du patient. Toutefois, les équipes médicales et paramédicales ne peuvent pas consulter le dossier médical partagé du patient ni y intégrer la lettre de liaison, remise à la sortie du patient. Depuis la visite, l'établissement précise que la dernière évolution de version du logiciel permet d'y remédier.

La conciliation médicamenteuse est effective et évaluée. Les troubles nutritionnels sont aux cœur des pratiques puisque à l'origine de nombreux séjours. Le transport interne des patients est effectué par les professionnels de l'établissement. Les délais, conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées.

Les professionnels s'assurent de l'identification du patient à toutes les étapes de la prise en charge.

Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique, intégrant toutes les informations nécessaires, est effective. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments avec traçabilité dans le dossier du patient informatisé. Toutefois, le motif de non-administration du traitement n'est pas toujours retrouvé dans le dossier.

La liste des médicaments à risques est disponible, les professionnels sont formés et les règles de stockage et d'identification sont respectées au sein de l'établissement. Ce dernier ne dispose pas de PUI en son sein. Cette dernière est gérée par un GCS avec lequel l'établissement travaille.

Dans tous les secteurs, y compris en hospitalisation à temps partiel (HTP), les prérequis à la mise en œuvre des précautions d'hygiène visant la maîtrise du risque infectieux, standards et complémentaires, sont respectés avec usage des solutions hydroalcooliques (SHA) mises à disposition en tout lieu de l'établissement. Les agents respectent l'utilisation des équipements de protection individuels (EPI). Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates. La traçabilité dans le dossier du patient de la pose et de la surveillance des voies veineuses périphériques permet de pouvoir évaluer au quotidien la pertinence de son maintien.

L'établissement a protocolisé la prise en charge des urgences vitales pouvant survenir en son sein. Le matériel d'urgence (chariots et sacs dédiés) est connu des agents et régulièrement contrôlé. Un dispositif d'appel unique, connu des professionnels, est en vigueur. Néanmoins, deux professionnels de soins d'HTP n'ont pas réalisé le recyclage de la formation aux gestes de première urgence. De plus, l'établissement n'a pas réalisé d'exercices de mise en situation pouvant permettre une évaluation du dispositif.

Les praticiens sont formés au bon usage des antibiotiques. Au demeurant, la prescription d'un traitement antibiotique ne répond pas toujours à une justification. De plus, les évaluations régulières de

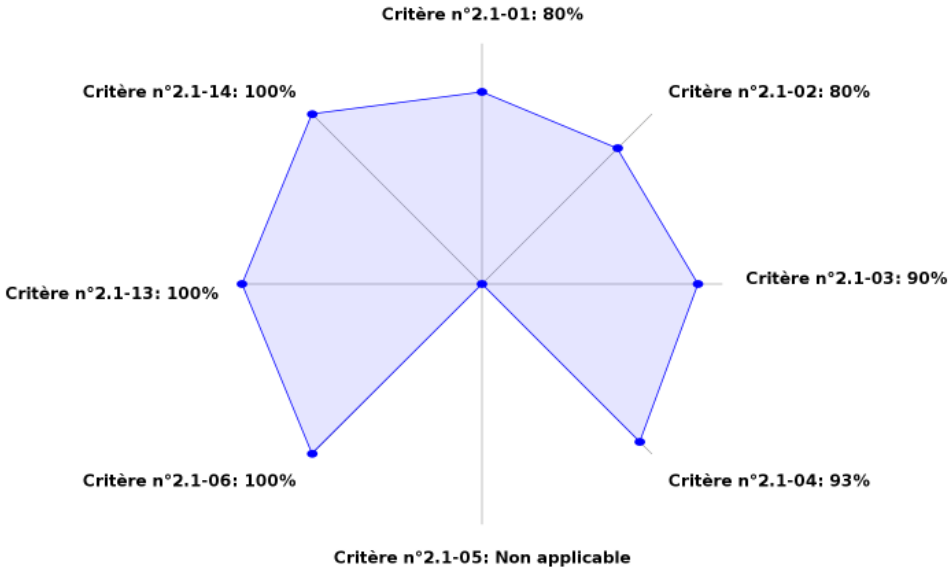
la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24ème et la 72ème heure ne sont pas retrouvées dans tous les dossiers.

Les équipes s'appuient sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques et sont engagées dans une démarche d'évaluation des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge pour laquelle elles auraient identifié un potentiel d'amélioration. Les professionnels améliorent leurs pratiques en se fondant sur les indicateurs qualité et sécurité des soins présentés et analysés aux instances.

Les mesures restrictives de liberté sont argumentées et réévaluées.

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

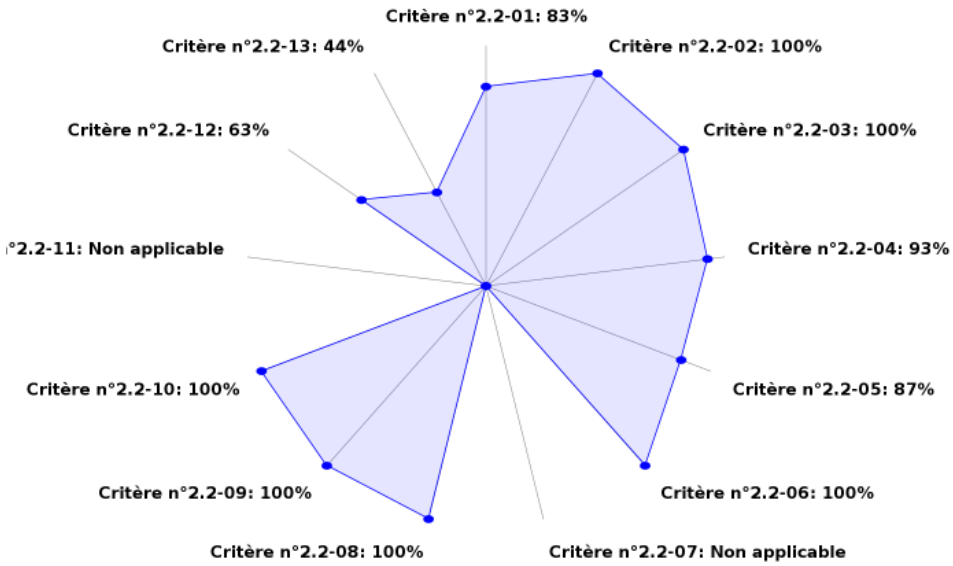
Score de l'objectif **92%**




| Critères | | |
|---|---|---|
| 2.1-01 | Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation | 80% |
| 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 | 90% |
| 2.1-04 | Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées | 93% |
| 2.1-05 | Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative | Non Applicable |
| 2.1-06 | Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients | 100% |
| 2.1-13 | Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients | 100% |
| 2.1-14 | Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins | 100% |

# Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **88%**

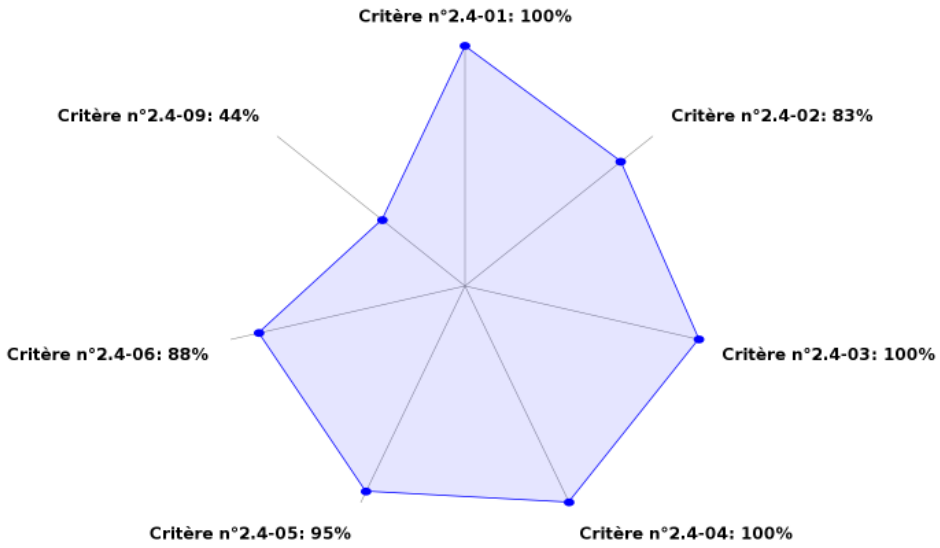



| Critères | | |
|---|---|---|
| 2.2-01 | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge | 83% |
| 2.2-02 | Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments | 100% |
| 2.2-03 | Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments | 100% |
| 2.2-04 | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé | 93% |
| 2.2-05 | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments. | 87% |
| 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) | Non Applicable |
| 2.2-08 | Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène | 100% |
| 2.2-09 | Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène | 100% |

| | | |
|---|---|---|
| 2.2-10 | Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs | 100% |
| 2.2-11 | Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine | Non Applicable |
| 2.2-12 | Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales | 62% |
| 2.2-13 | Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants | 44% |

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

Score de l'objectif **87%**

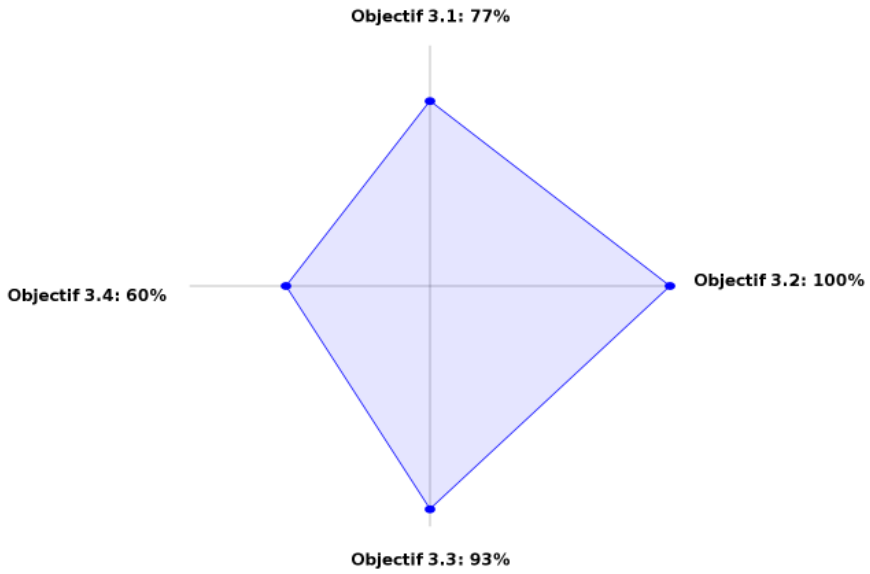



| Critères | | |
|---|---|---|
| 2.4-01 | L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques | 100% |
| 2.4-02 | La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée | 83% |
| 2.4-03 | La pertinence du recours à des mesures restrictives de 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% |
| 2.4-05 | La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe | 95% |
| 2.4-06 | Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique | 88% |
| 2.4-09 | Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie | 44% |

# Chapitre 3 : L'établissement

## Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **82%**




| Objectifs | | |
|---|---|---|
| 3.1 | Le management global par la qualité et la sécurité des soins | 77% |
| 3.2 | La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences | 100% |
| 3.3 | Le positionnement territorial | 92% |
| 3.4 | L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques | 60% |

## Synthèse du chapitre 3

Le management de l'établissement est fondé sur la qualité et la sécurité des soins. Les orientations prioritaires de la politique qualité-sécurité des soins sont fondées sur une analyse de l'ensemble des données disponibles. La gouvernance qualité et gestion des risques (Direction, CME, responsable qualité), instances de pilotage, cadres d'unités et référents qualité déclinent la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. La gouvernance promeut une culture qualité et sécurité auprès de professionnels de santé. Les professionnels maîtrisent la mise en œuvre des vigilances sanitaires et les processus de mobilisation sont connus.

Les EIAS dont les presqu'accidents sont déclarés. L'équipe analyse ses pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins et la réalisation de comités de retour d'expérience (CREX) en y associant les professionnels concernés par l'évènement mais ne participent pas à des CREX ou RMM entre partenaires de ses filières. Par ailleurs, les professionnels ne sont pas formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins.

L'établissement a identifié et répertorié toutes les catégories de risques dans les plans de crises institutionnels. La cellule de crise est opérationnelle. Les risques relatifs aux atteintes aux biens et aux personnes sont identifiés et font l'objet de mesures spécifiques (contrôle des accès aux bâtiments de jour comme de nuit, sécurisation des biens personnels...).

Le pôle pédiatrique dispose d'un comité d'éthique au niveau national permettant la prise en compte des problématiques éthiques. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés au questionnement éthique par le biais de référents éthiques désignés au niveau régional et au sein de l'établissement.

L'établissement pilote l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels au regard des besoins de chaque unité. Il a mis en place diverses actions (recours aux remplacements par le biais d'un outil spécifique, dispositif de rappel des agents, recours à l'intérim...) afin de s'assurer de la présence des compétences nécessaires à la réalisation d'une prise en charge de qualité en lien avec les missions qui lui sont confiées. Les soignants savent joindre un médecin à tout moment. Les tableaux des gardes et astreintes, mis à jour régulièrement, sont à la disposition de tous les professionnels.

Des temps de synchronisation des équipes sont mis en place au sein de chaque secteur d'activité et des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique d'équipes ont été déployées dans les secteurs d'activité. Les compétences des professionnels sont régulièrement évaluées lors de l'entretien avec les agents et plus régulièrement par le cadre de santé et/ou le référent du service éducatif de l'établissement. Les responsables d'équipes sont formés et accompagnés dans leur mission.

La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels (vaccination, risques professionnels, service de santé au travail...). L'établissement a également mis en place des actions concrètes Qualité de Vie et Conditions du Travail (QVCT) sur son site. Les dispositifs d'écoute et de soutien des professionnels sont à disposition au plus près des équipes. En cas de conflits interpersonnels, les agents peuvent avoir recours à une médiation et un accès à un psychologue si besoins.

Doté d'une autorisation de soins médicaux et de réadaptation, l'établissement a développé une offre de soins spécialisée reposant sur une prise en compte des besoins en santé de l'ensemble de son territoire et au-delà. Il participe aux projets territoriaux de parcours et à leur coordination. De nombreux partenariats (Centres hospitaliers, hôpitaux parisiens, imagerie médicale, biologie médicale...) ont été formalisés avec les différentes filières afin de fluidifier le parcours des patients. Ainsi, l'établissement se positionne comme l'un des acteurs majeur de cette filière spécialisée. Toutefois, l'établissement n'utilise pas la télésanté pour améliorer le parcours du patient.

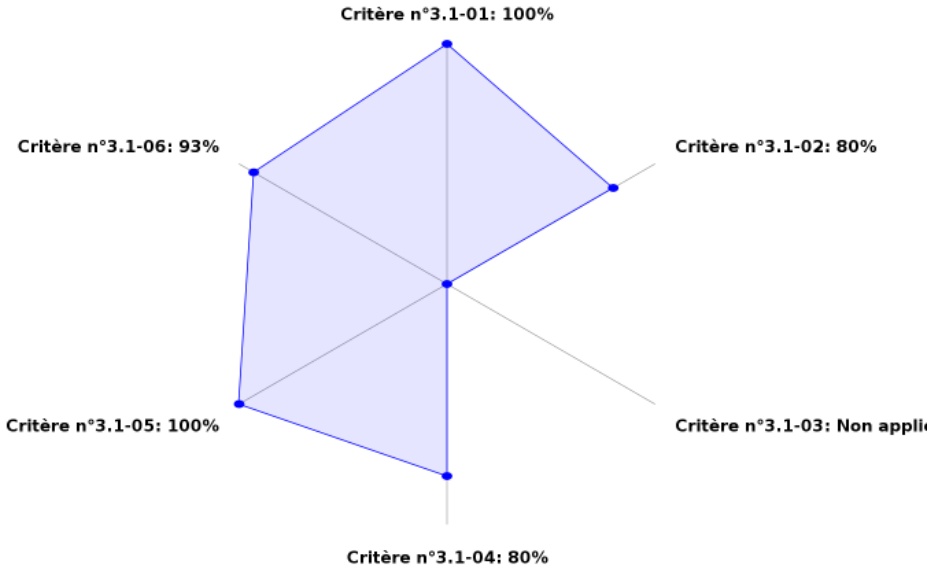
Les modalités de communication permettent aux usagers, aux médecins et à tous les partenaires de santé de contacter l'établissement aisément.

L'établissement promeut la recherche clinique et participe à plusieurs études avec des structures investies de missions universitaires.

Les locaux et équipements mis à disposition bénéficient d'une maintenance préventive et/ou curative. Le pôle pédiatrique s'est engagé dans des soins écoresponsables en développant des actions en faveur du développement durable au niveau de l'ensemble des unités et services mais également dans le cadre de sensibilisations écoresponsables (gestion des déchets, consommation des ressource...).

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

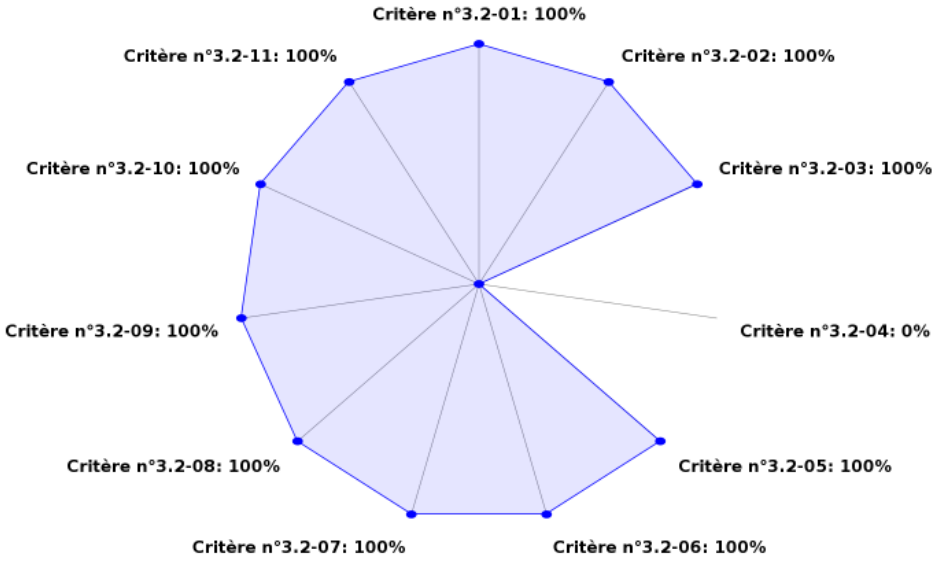
Score de l'objectif **77%**




| 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 | 80% |
| 3.1-03 | Des médecins et des équipes médicales sont accréditées | Non Applicable |
| 3.1-04 | L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents | 80% |
| 3.1-05 | La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée | 100% |
| 3.1-06 | L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs | 93% |

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

Score de l'objectif **100%**

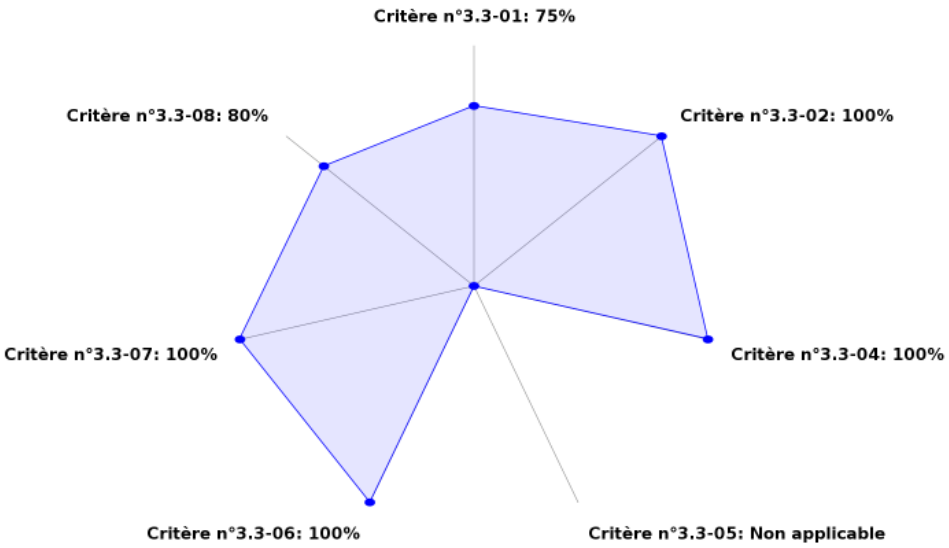



| Critères | | |
|---|---|---|
| 3.2-01 | La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins | 100% |
| 3.2-02 | L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge | 100% |
| 3.2-03 | L'établissement s'assure 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 | 0% |
| 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

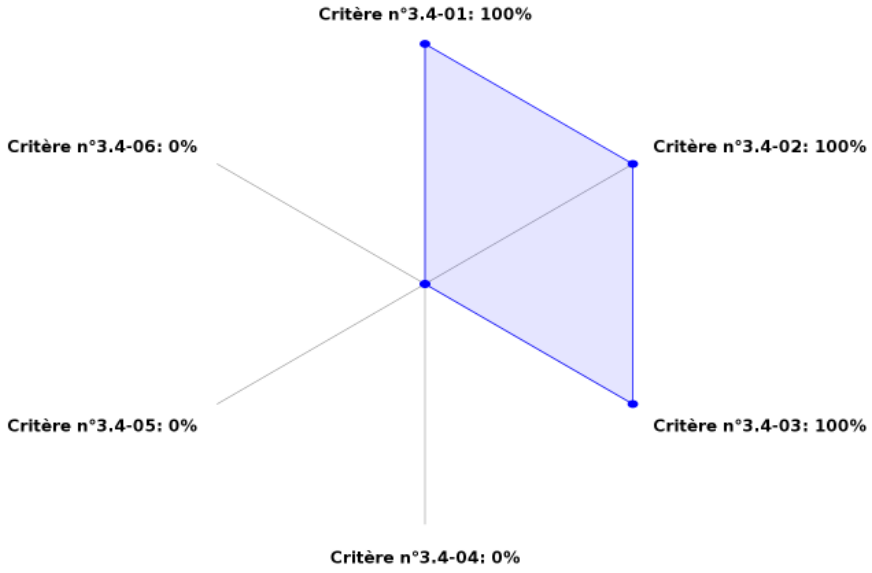
Score de l'objectif **92%**




| Critères | | |
|---|---|---|
| 3.3-01 | L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire | 75% |
| 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 | Non Applicable |
| 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 | 80% |

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

Score de l'objectif **60%**




| 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 | 0% |
| 3.4-05 | L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle | 0% |
| 3.4-06 | L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle | 0% |

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Octobre 2026