



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CLINIQUE LA PINEDE - CRF SAINT ESTEVE

2 allée des arts et lettres
66240 Saint Esteve



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 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	31
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	32
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	34
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	35

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 LA PINEDE - CRF SAINT ESTEVE	
Adresse	2 allée des arts et lettres 66240 Saint Esteve FRANCE
Département / Région	Pyrénées-Orientales / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	920031796	SAS CLINIQUE LA PINEDE	12 rue jean jaures 92800 PUTEAUX FRANCE
Établissement principal	660790163	CLINIQUE LA PINEDE - CRF SAINT ESTEVE	2 allée des arts et lettres 66240 Saint Esteve 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

 Soins Médicaux et de Réadaptation

Population

 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



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



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



Tracé **8** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **11** 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 :

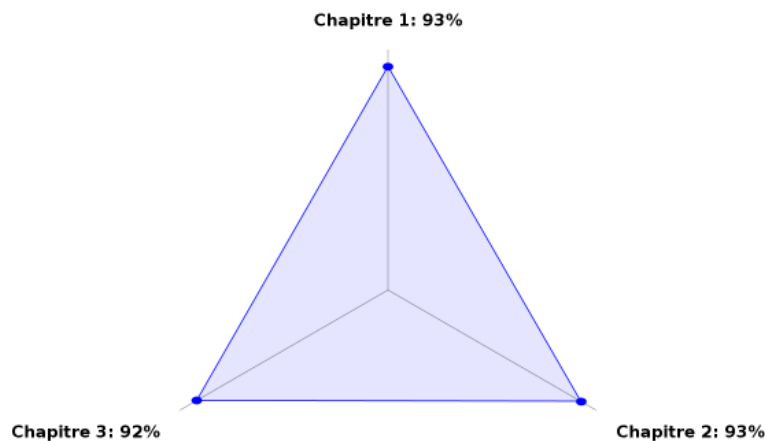
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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 a le plaisir d'attribuer la certification avec mention "Haute Qualité des soins", une distinction qui reflète l'engagement de l'établissement et des équipes dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. 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	93%
Chapitre 2	Les équipes de soins	93%
Chapitre 3	L'établissement	92%

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.

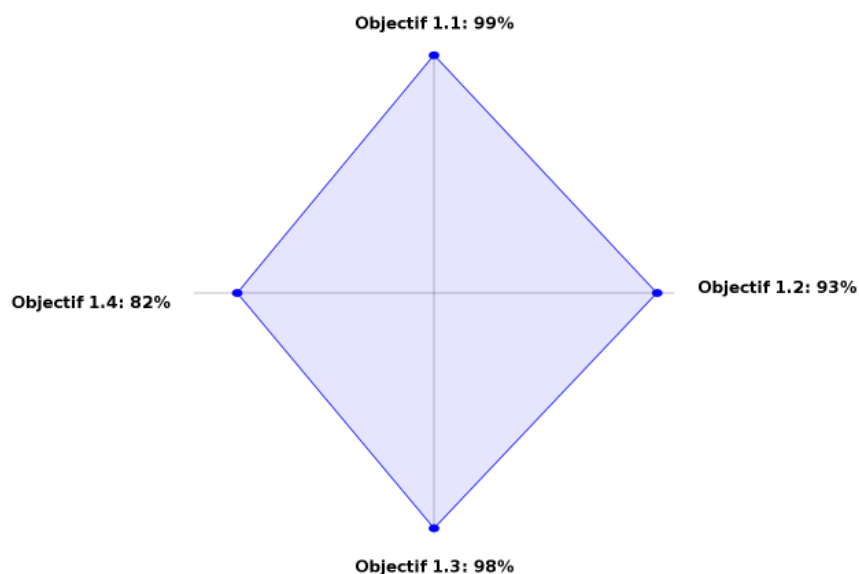
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	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	98%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	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	25%
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	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **93%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	99%
1.2	L'information du patient	93%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	82%

Synthèse du chapitre 1

Les patients, au sein de la Clinique La Pinède, qu'ils soient en hospitalisation complète ou de jour, témoignent que les conditions d'accueil et de prise en charge respectent leur dignité et leur intimité. L'accès de l'établissement est organisé pour les personnes à mobilité réduite et l'accompagnement des handicaps sensoriels est organisé.

Le respect de la confidentialité et du secret professionnel est effectif, la dignité et l'intimité sont respectées lors des activités de soins (portes fermées, rideaux dans les chambres à deux lits, tenues pour les activités physiques sur les plateaux de rééducation). Les professionnels n'échangent pas de données médicales dans les couloirs, aucune liste de travail n'est apparente. L'établissement a sensibilisé les professionnels aux risques numériques dont les connexions illégitimes. Une cible est intégrée au dossier patient informatisé si celui-ci souhaite que sa porte soit ouverte (affichage d'une pancarte sur la porte "porte ouverte à ma demande").

Le patient est incité à exprimer sa douleur, dès lors qu'il la ressent ou est susceptible de la ressentir, et ce jusqu'au soulagement de celle-ci. La douleur est évaluée à l'appui d'échelles adaptées et tracée dans le dossier. Les réévaluations de la douleur sont également tracées permettant une adaptation de la thérapeutique si besoin. Toutefois, une prescription conditionnelle pour traitement de la douleur « en si besoin » n'était pas rattachée à une valeur seuil de la douleur (prescription d'un antalgique de niveau 1 non rattachée au score d'évaluation de la douleur). La prise en soins de la souffrance morale est effective en hospitalisation complète (HC) et en hôpital de jour (HDJ) (prise en compte par exemple du syndrome de stress post-traumatique d'un patient). L'accompagnement psychologique des familles et des professionnels est possible, les professionnels sont formés et peuvent être accompagnés par des équipes mobiles (par exemple organisation d'une prise en charge adaptée lors des décès).

Les patients sont informés des modalités d'admission au travers de différents canaux : livret d'accueil, site internet, retour Via Trajectoire, contacts en pré admission avec les adresseurs.

Les patients se sentent associés à la mise en œuvre de leurs projets de soins et connaissent leur diagnostic (une évaluation médicale, une évaluation d'autonomie et une évaluation des objectifs de rééducation sont réalisées à l'admission en HC et en HDJ), le motif de leur prise en charge ainsi que les traitements qu'ils reçoivent. Les patients interrogés avaient connaissance d'actions d'éducation thérapeutique adaptées à leur état de santé ou aux facteurs de risques (actions de promotion en santé éducation individuelle en HC et programmes d'éducation thérapeutique en HDJ).

Du point de vue des patients rencontrés, leurs préférences, leurs besoins et leurs capacités sont pris en compte dans l'élaboration de leur projet thérapeutique. Sa réévaluation est réalisée lors de Staffs pluridisciplinaires. L'entourage du patient est associé à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient.

Le renseignement de la personne « à prévenir » et « personne de confiance » est recherché mais le formulaire de la désignation de la personne de confiance n'est pas toujours co signée par la personne de confiance (son accord oral obtenu par téléphone est noté à cette place mais pas de façon systématique).

Les livrets d'accueil HC et http intègrent tous les éléments d'informations concernant les droits et devoirs des patients. Les modalités de contact des représentants des usagers (RU) sont également disponibles à l'affichage.

Une Personne Chargée des Relations des Usagers (PCRU) rencontre les patients en HC dès le début du séjour, puis à J15 puis à la sortie, et fournit les numéros de téléphone permettant aux patients et aux familles un accès à l'information ; sa mission est connue et reconnue de la Représentante des Usagers (RU).

En HDJ, le patient dispose d'un document type Passeport qui lui indique les signes d'alerte et la conduite à tenir en cas d'évènement indésirable.

Les patients interrogés n'avaient pas tous connaissance de l'existence de représentants des usagers et d'un médiateur , ni des modalités pour les contacter, des modalités d'accès au DMP, de déclaration des directives anticipées, de déclaration d'un évènement indésirable et de réclamation.

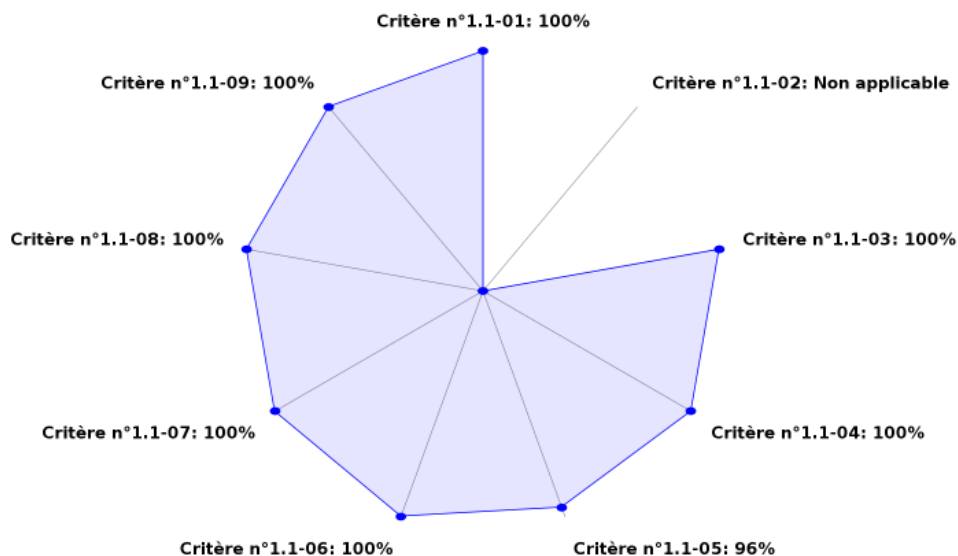
La CDU fonctionne avec une implication de la RU et des différents professionnels de l'établissement.

Le Projet des usagers est formalisé et intégré au Projet d'établissement.

Le patient peut s'exprimer sur son expérience de soins. Il ressent que son point de vue est pris en compte. La démarche PROMS est en cours. La clinique n'a pas identifié de patient partenaire ni d'action mobilisant le partenariat avec des patients : pas d'intervention en ETP, dans la formation des professionnels, aux RMM, CREX, chemins cliniques.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

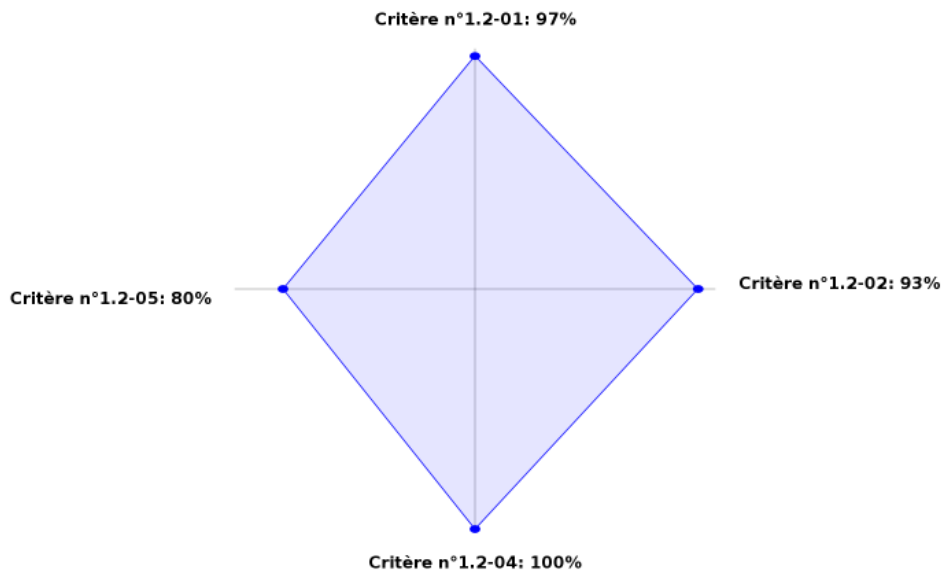
Score de l'objectif **99%**



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	Non Applicable
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	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	96%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	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

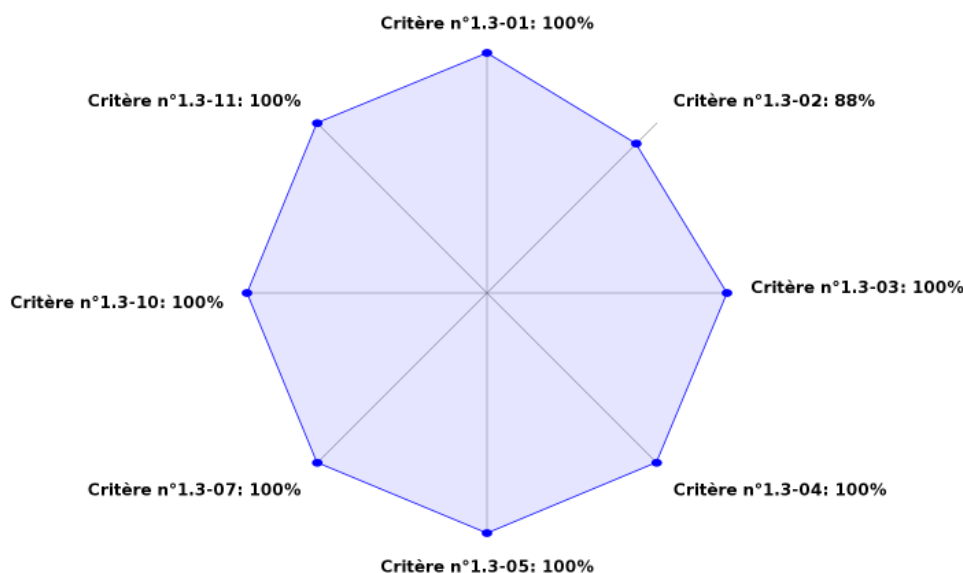
Score de l'objectif **93%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	97%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	93%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	80%

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

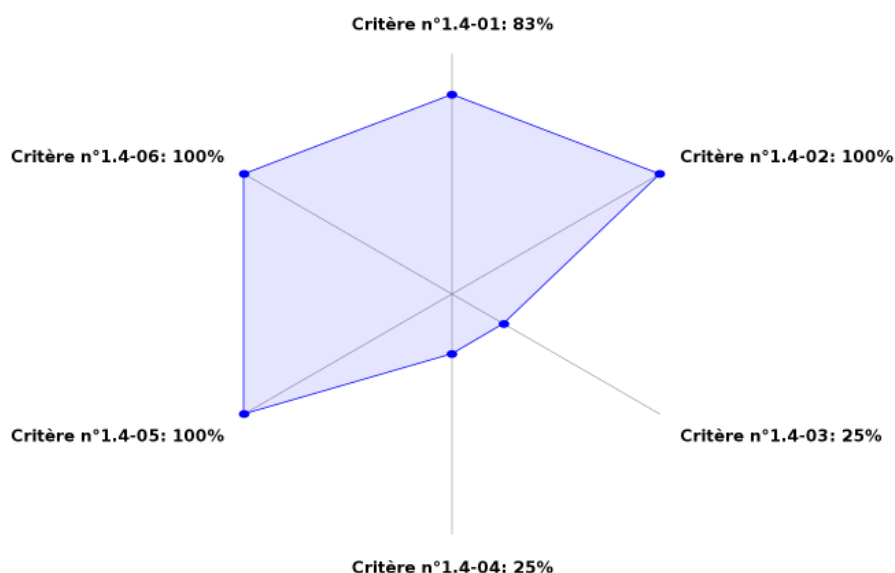
Score de l'objectif **98%**



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	88%
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%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **82%**

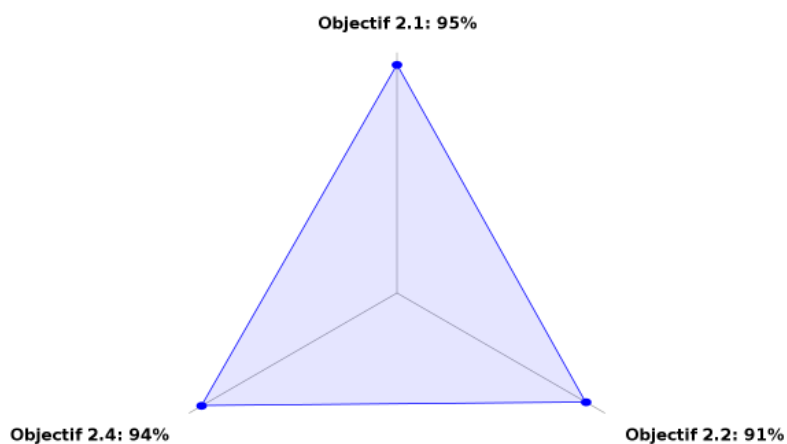


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	83%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	25%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	25%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	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 **93%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	95%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	91%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	94%

Synthèse du chapitre 2

L'établissement ne dispose pas de service de consultation.

La coordination est pluri professionnelle et pluri disciplinaire tout au long de la prise charge. Le dossier du patient, totalement informatisé, est complet et accessible par les professionnels impliqués, en HC et en HDJ.

Les projets thérapeutiques sont coconstruits avec le patient et/ou ses proches et le lien ville hôpital est effectif avant, pendant et à la fin du séjour, en s'appuyant sur des ressources d'expertises internes (infectio, douleur, soins palliatifs, antibio, addicto) et externes (conventions, accès à des consultations spécialisées, téléconsultations/expertises sur différentes spécialités). Ils intègrent des activités de prévention en tenant compte des facteurs de risque de chaque patient. Un représentant par équipe participe aux différentes instances (référénts éthique, bientraitance, hygiène, douleur, soins palliatifs et antibio).

La démarche palliative est effective dans l'établissement, le patient et ses proches sont accompagnés pendant toute la durée de la prise en charge (PEC) ; l'établissement dispose de compétences internes et de deux conventions avec des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) de son territoire.

Pour les profils de patients le nécessitant, une prise en charge nutritionnelle spécifique est déployée (par exemple diminution de la charge sodique en cas d'hypertension artérielle, dénutrition chez les personnes âgées ou patients en réhabilitation effort, troubles de la déglutition des AVC). Les professionnels sont formés au repérage de la dénutrition : IMC et bilan biologique.

Les traitements d'entrée (traitement habituel) sont scannés et intégrés au Dossier Patient Informatisé (DPI).

La conciliation médicamenteuse répond aux critères définis par le groupe auquel appartient l'établissement : patient de plus de 75 ans venant du domicile, présentant des troubles cognitifs (patients à la marge dans les PEC) ; la conciliation ne respecte pas les bonnes pratiques (absence des 3 sources).

La lettre de liaison est remise le jour de la sortie et transmise dans le Dossier Médical Partagé (DMP). Les ordonnances sont remises au patient et expliquées par le médecin. Le bilan thérapeutique n'apparaît pas systématiquement dans la lettre de liaison (il n'apparaît que si une modification de traitement est générée).

Les bonnes pratiques d'identification des patients sont effectives dès l'admission et tout au long du séjour. Le pharmacien réalise une analyse pharmaceutique de l'ordonnance de niveau 1.

Le circuit du médicament et la prise en charge médicamenteuse sont organisés. Une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) permet l'approvisionnement des différents secteurs (des caisses de transport en plastique équipées d'une serrure permettent les transports des médicaments de la pharmacie vers les unités et inversement). Le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux bonnes pratiques : le jour de dispensation des traitements l'armoire est vide, la cueillette a été effectuée et il n'existe pas de stock de médicaments dans les armoires. Seul le chariot médicament est plein dans

le service pour la dispensation. Le surétiquetage n'existe pas mais est remplacé par un suremballage en pochette plastique scellée par ZIP et où figure la date de péremption et le nom de la molécule. La délivrance est adaptée au regard des prescriptions. Deux modalités de réapprovisionnement existent : intermédiaire pour compléter jusqu'à la prochaine livraison hebdomadaire et tous les soirs pour les modifications de traitement du jour ou pour les entrées. Les IDE portent un gilet « violet » « ne pas déranger, distribution en cours ».

Les médicaments thermosensibles sont suivis, les péremptions également. La liste des médicaments à risques est disponible, connue des IDE. Les professionnels sont régulièrement formés par le pharmacien. Les médicaments à risques sont identifiés par un pictogramme.

Les situations à risques sont identifiées. L'administration et la non administration sont argumentées. Des Comités de Retour d'EXpérience (Crex) « erreur médicamenteuse » sont organisés.

Les équipes ne maîtrisent pas tous le risque infectieux en application des bonnes pratiques d'hygiène des mains et des précautions standard (cheveux longs non attachés, bijoux, masque sous le nez) malgré de nombreuses formations, sensibilisations, audits et ateliers avec les professionnels et les patients, la mise à jour des protocoles.

Pour les dispositifs invasifs qui le requièrent (abords veineux et sonde notamment), la pertinence du maintien n'est pas tracée dans le DPI. Des protocoles existent mais n'intègrent pas la notion de réévaluation systématique ni l'évaluation de la pertinence du maintien.

Les professionnels rencontrés connaissent l'organisation mise en place en cas d'urgence vitale : numéro unique, matériel à disposition vérifié mensuellement, formation AFGSU, exercices de mise en situation (simulation dans le local piscine avec scénario des risques dûs au chlore).

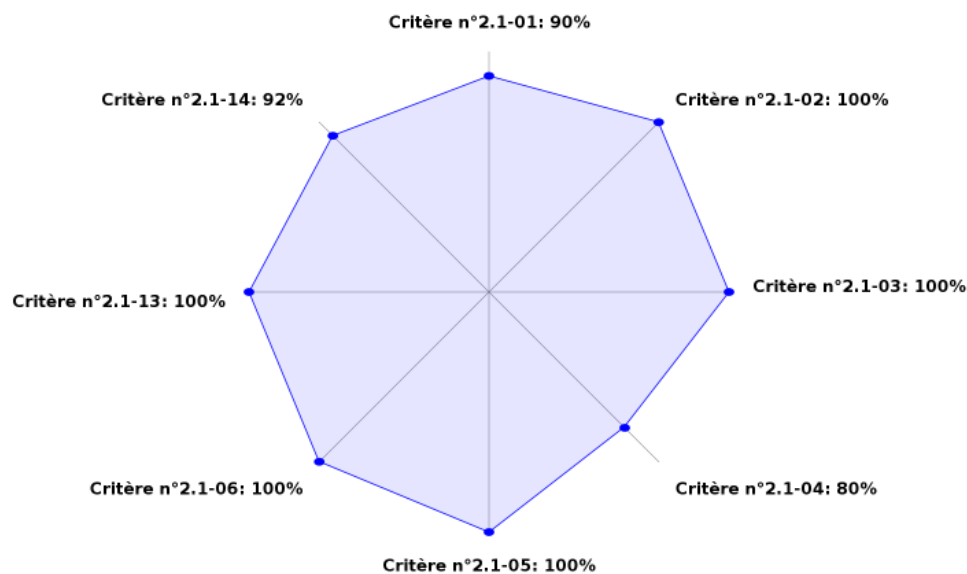
Les équipes n'analysent pas d'indicateurs de pertinence (Durée Moyenne de Séjour, pertinence des journées d'hospitalisation, ...) ; des données PMSI mensuelles sont disponibles à la direction mais pas exploitées par les différents services ; il n'est pas retrouvé d'audits de pertinence des admissions.

Les protocoles sont actualisés et les prescriptions sont justifiées et tracées dans le DPI ainsi que les résultats micro bio et antibiogramme ; la réévaluation entre la 48^{ème} et 72^{ème} heure est réalisée et tracée dans le DPI avec justification du maintien de l'antibiothérapie. La surveillance des taux d'infections liés aux dispositifs invasifs n'est pas assurée en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) (pas d'analyse les années précédentes et processus juste initié cette année).

La mesure de restriction de liberté fait l'objet d'une prescription médicale après analyse bénéfice/risque en équipe et la pertinence du maintien de la restriction de liberté n'est pas toujours réévaluée. En cas de restriction liée à des précautions complémentaires le patient et son entourage sont informés.

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

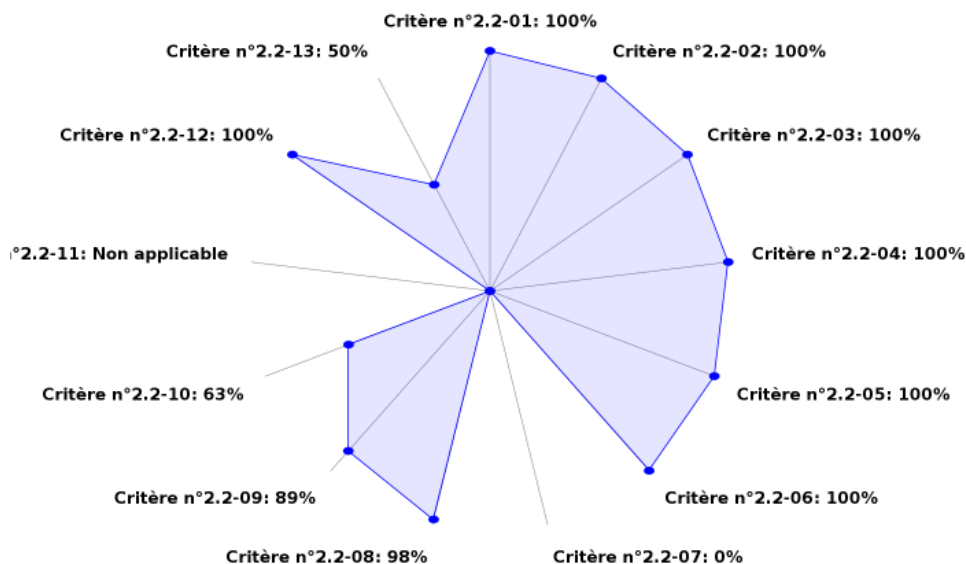
Score de l'objectif **95%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	90%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	80%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-13	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	92%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **91%**

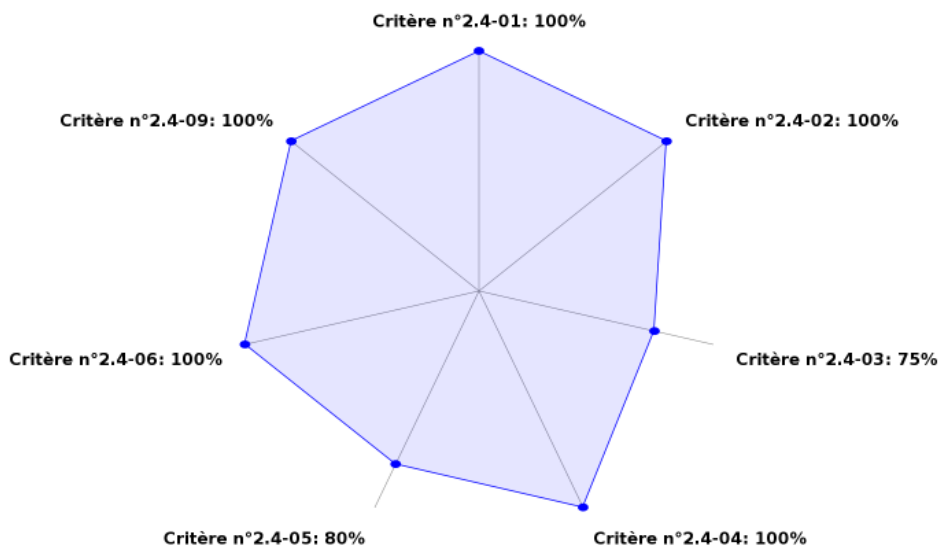


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	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	98%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	89%

2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	62%
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	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	50%

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

Score de l'objectif **94%**

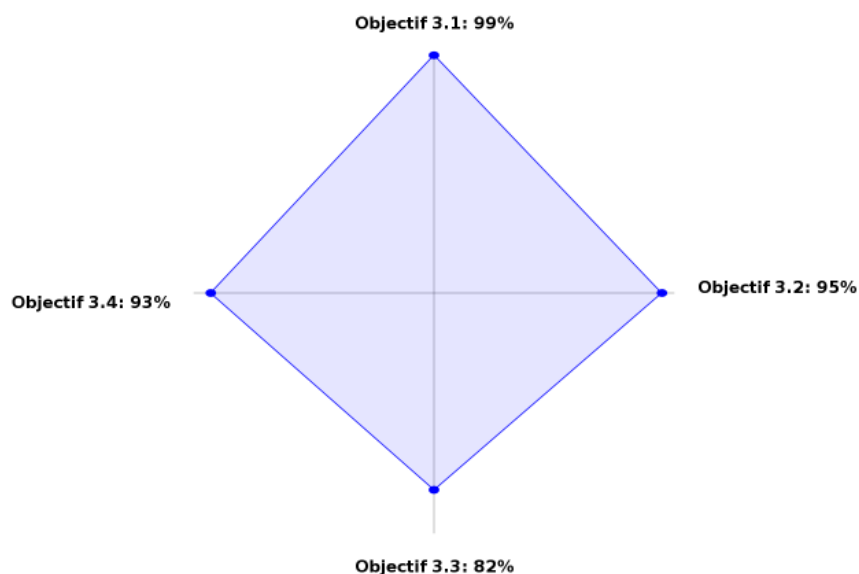


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	75%
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	80%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	99%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	95%
3.3	Le positionnement territorial	82%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	93%

Synthèse du chapitre 3

La Politique Qualité et Sécurité est proposée par le groupe, adaptée par l'établissement et déclinée en plans d'actions par instances, mise à jour en réunions ou après les bilans annuels avec engagement des responsables d'instances.

La cartographie des risques est réalisée, suivie et mise à jour annuellement par la RAQ avec les responsables .

Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est formalisé, mis à jour avec les cadres et le CSE.

Le programme est organisé en volets thématiques, chacun structuré de la même manière : orientations stratégiques, actions opérationnelles, indicateurs de suivi / objectifs, responsables identifiés, échéances.

Un suivi de nombreux indicateurs est réalisé : suivi global par la Responsable Qualité, mais aussi au sein des différentes instances, complétés par des audits semestriels par le Directeur (grille spécifique) et un audit « niveau 2 » réalisé par le Directeur Régional du groupe avec un fort taux de réponses conformes ; les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS (ainsi que les retours des contrôles externes et réglementaires).

A noter l'implication de nombreux professionnels dans des références type hygiène, douleur, qualité, DPI, permettant l'implication d'une grande majorité d'entre eux dans les instances et dans la démarche qualité. Les vigilances sont opérationnelles (système d'alerte ascendant et descendant).

La procédure de déclaration des évènements indésirables est connue et suivie ; les professionnels sont encouragés à signaler les EI/presqu'accident. Un bilan annuel est réalisé.

Les facteurs contributifs des Evènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) sont formalisés ; des CREX sont organisés dès que nécessaire avec un retour aux professionnels et aux équipes par l'encadrement et sur le portail informatique dédié. Un retour est également réalisé à chaque réunion de la Commission Des Usagers (CDU).

Le Plan Blanc 2025 est le dispositif central de gestion de crise et de continuité d'activité de la Clinique La Pinède. Il vise à permettre à l'établissement de faire face à une Situation Sanitaire Exceptionnelle, assurer la sécurité des patients, des professionnels et des visiteurs, maintenir la continuité et l'adaptation de l'offre de soins, s'inscrire dans la coordination territoriale (ARS, ORSAN, ORSEC).

Le plan intègre une analyse fine des risques du territoire de Saint-Estève, notamment des risques naturels : inondations, sécheresse, feux de forêt, séisme (zone de sismicité modérée), des risques technologiques (transport de matières dangereuses, rupture de barrage, proximité d'installations industrielles) et des risques particuliers : afflux massif de victimes (plan NOVI), attentat / intrusion malveillante.

Les ressources professionnelles sont organisées pour répondre aux besoins des différentes activités. Les recommandations de bonnes pratiques sont suivies par les différentes instances (CLIN/EOH, CLAN, CLUD...).

Une démarche d'accueil et d'intégration est déployée (avec livrets et évaluation) pour les nouveaux entrants et les stagiaires.

L'évaluation de la charge en soins est réalisée par l'encadrement pour éventuellement corriger les affectations initiales. Le remplacement des absences est organisé.

La charte managériale de la clinique (document groupe) intègre les éléments d'adhésion de l'encadrement médical et paramédical, l'harmonisation des pratiques et la lisibilité des fonctions.

Les entretiens annuels et professionnels sont menés (en lien avec le plan de formation, document remis au salarié, archivé au bureau du personnel) ; le directeur mène les entretiens pour l'équipe médicale.

Une formation "IMPACT" (groupe) de 5 modules a été suivie par le Directeur et les médecins coordonnateurs (les Cadres de Santé (CDS) sont prévus à partir de 2026 mais sont titulaires de Master 1 et 2, DU Management, Master Staps). Toutefois l'encadrement médical et paramédical n'a pas bénéficié de formation à la prévention et à la gestion des faits de discrimination, de harcèlement, de violences sexistes et sexuelles et des différends voire conflits entre agent ; il ne dispose pas d'un bilan des formations continues suivies dans leur équipe en tant que tel mais sait aller chercher les informations chez la CDS référente formation.

La planification du personnel dégage de nombreux créneaux pour permettre aux professionnels de travailler en groupe (groupe de travail) ou de procéder à une activité spécifique, notamment en lien avec la démarche qualité/gestion des risques (audits et enquêtes).

En matière de qualité de vie au travail, une politique QVT est formalisée et évaluée. Des indicateurs sont constitués par le résultat des questionnaires de satisfaction des salariés et des stagiaires, ainsi que par toutes les données du bilan social.

L'établissement a un fort ancrage territorial : il a identifié de nombreuses filières d'amont et d'aval, formalisées dans des conventions, réévaluées annuellement (EMSP du Centre hospitalier de Perpignan, liens + HAD dont 1 du groupe, clinique du Roussillon pour la psychiatrie, l'USSAPS pour le handisport/rugby).

Un CREX a été réalisé avec un ambulancier et un établissement adresseur en décembre 2025.

Des statistiques sont suivies pour la filière d'aval et par filière et pour les plus de 75 ans.

L'établissement a organisé le recours à la téléexpertise sur une plateforme dédiée donnant accès à de nombreuses spécialités mais n'a pas évalué ces activités.

Une procédure de circuit court des personnes âgées par des admissions directes dans un service ou une filière adaptée est effective ; une liste des contacts est élaborée et connue des professionnels. Dans le cadre des maladies rares, le lien est organisé avec le service des maladies rares de l'hôpital de Perpignan.

L'établissement n'a pas réalisé d'évaluation de la satisfaction de son accès auprès de ses partenaires.

Des formations sont partagées et mutualisées avec 2 autres établissements proches, appartenant au

même groupe ; la formation aux urgences vitales a été organisée par le Centre Hospitalier de Perpignan ; à noter également les liens avec le SDIS pour les exercices incendie.

Les trois programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en cours (plaquettes diffusées : "initiale du patient amputé", "maladie coronarienne et facteurs de risque cardio vasculaire", "broncho pneumopathie chronique obstructive"), font l'objet de communication externe.

Les équipes de la clinique la Pinède ne sont pas investies dans des démarches de recherche clinique et ne participent pas à des essais cliniques.

Un plan de maintenance des locaux et des équipements est formalisé, il est suivi en interne, en lien avec la Direction régionale du groupe.

La majorité des contrats de maintenance sont des contrats « groupe » négociés et suivis en interne au siège.

La maintenance curative interne est assurée par deux agents (2 passages par jour dans chaque secteur pour le recueil des besoins et appel téléphonique en cas d'urgence).

Le plan pluri annuel d'investissement est réalisé avec l'aide du siège pour certains projets (réhabilitation de chambres par exemple).

Une commission Développement Durable, avec un Référent identifié (attachée de direction) se réunit une fois par trimestre (suivi du programme, réajustements, suivi consommations -logiciel dédié).

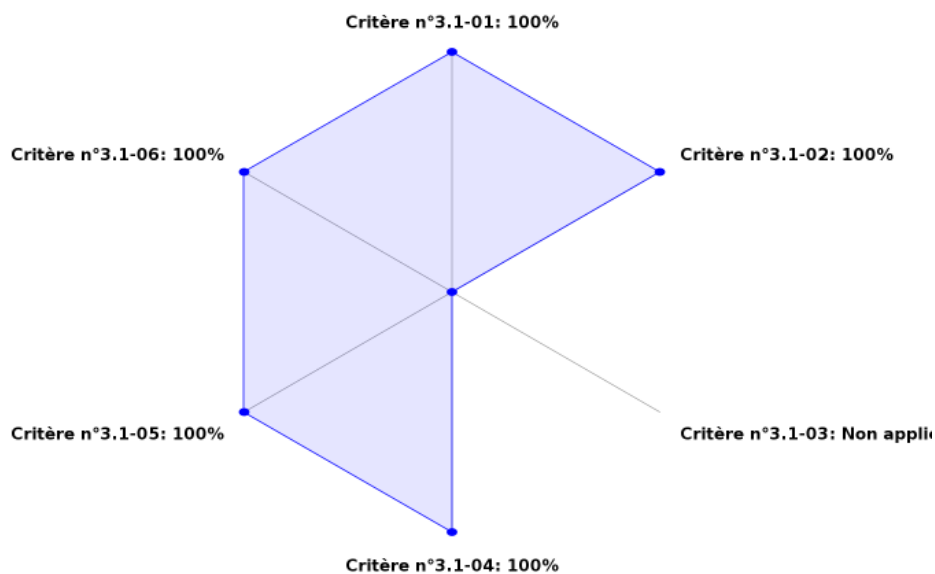
De nombreuses actions ont été menées avec les professionnels : eau chaude de ville pour le chauffage, projet de climatisation via l'eau froide, projet ombrières, réduction de l'utilisation des gobelets (gourde patient en HDJ et verre en verre en HC).

La procédure d'achat éco responsable en place au sein de l'établissement est celle du groupe.

La filière tri des déchets est organisée et suivie.

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

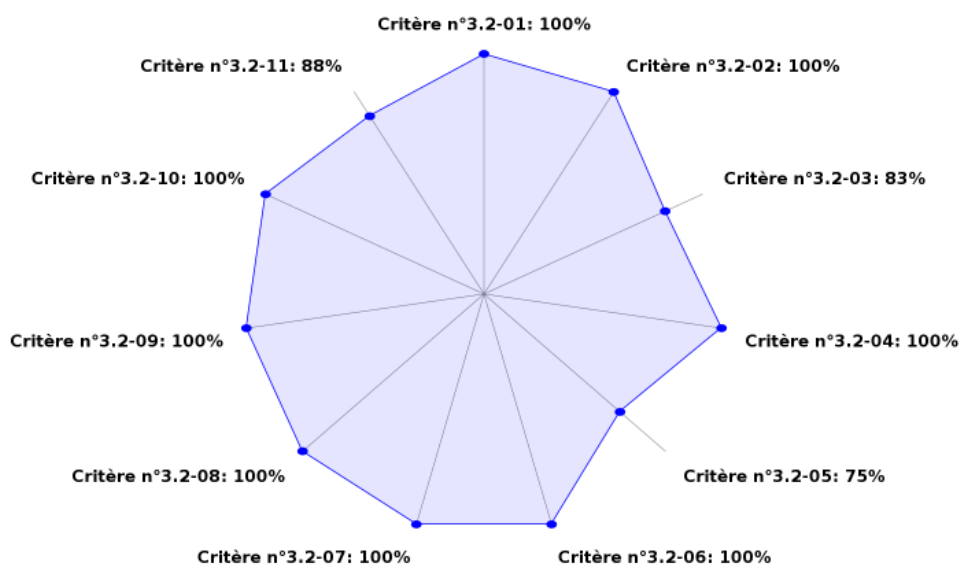
Score de l'objectif **99%**



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	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements 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 **95%**

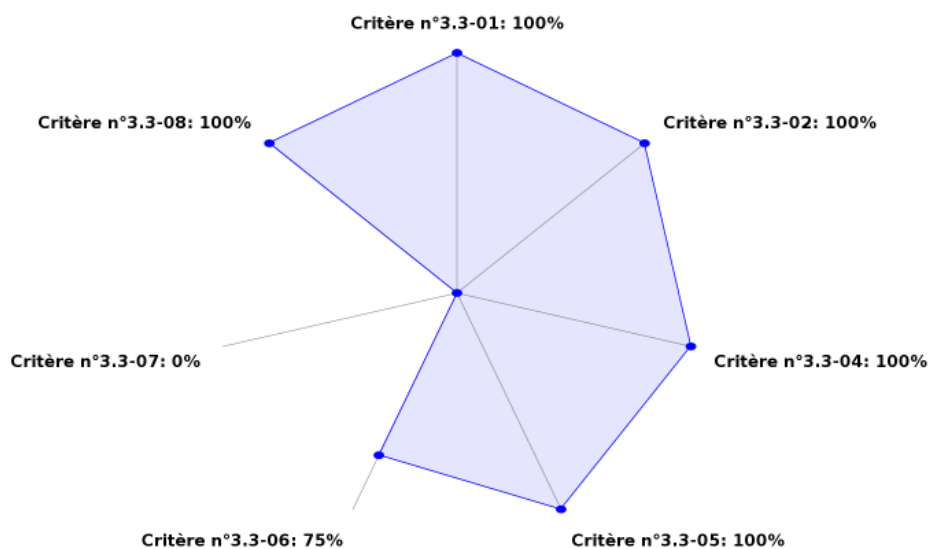


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	83%
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	75%
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	88%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

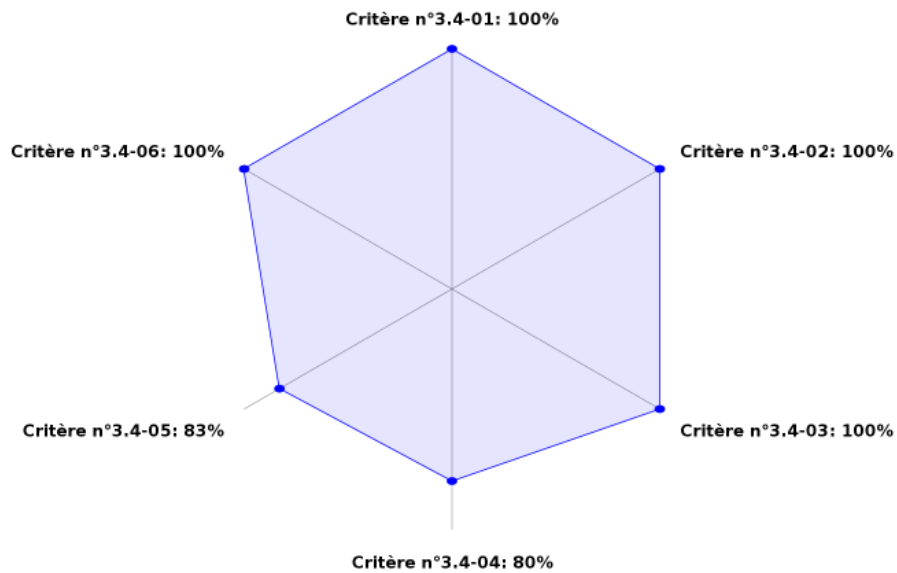
Score de l'objectif **82%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	75%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	0%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

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

Score de l'objectif **93%**



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	80%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	83%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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

