



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE SAINT-
CYPRIEN RIVE GAUCHE**

49 allée Charles de Fitte

31300 TOULOUSE



Validé par la HAS en Février 2025

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 – Février 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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 (des pairs) 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.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

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.

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 en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

| Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. 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 au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre 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.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. 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.

| Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CLINIQUE SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	
Adresse	49 allée charles de fitte 31300 TOULOUSE FRANCE
Département / Région	Haute-Garonne / Occitanie
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	310026075	SARL SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	49 allée charles de fitte 31300 TOULOUSE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

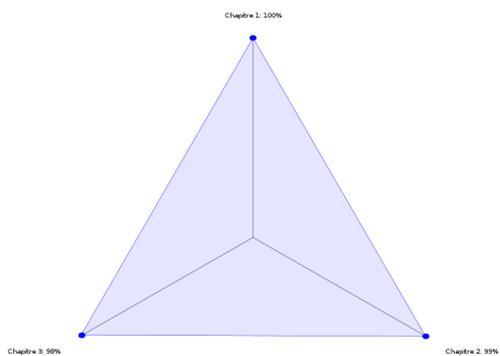
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Tout l'établissement

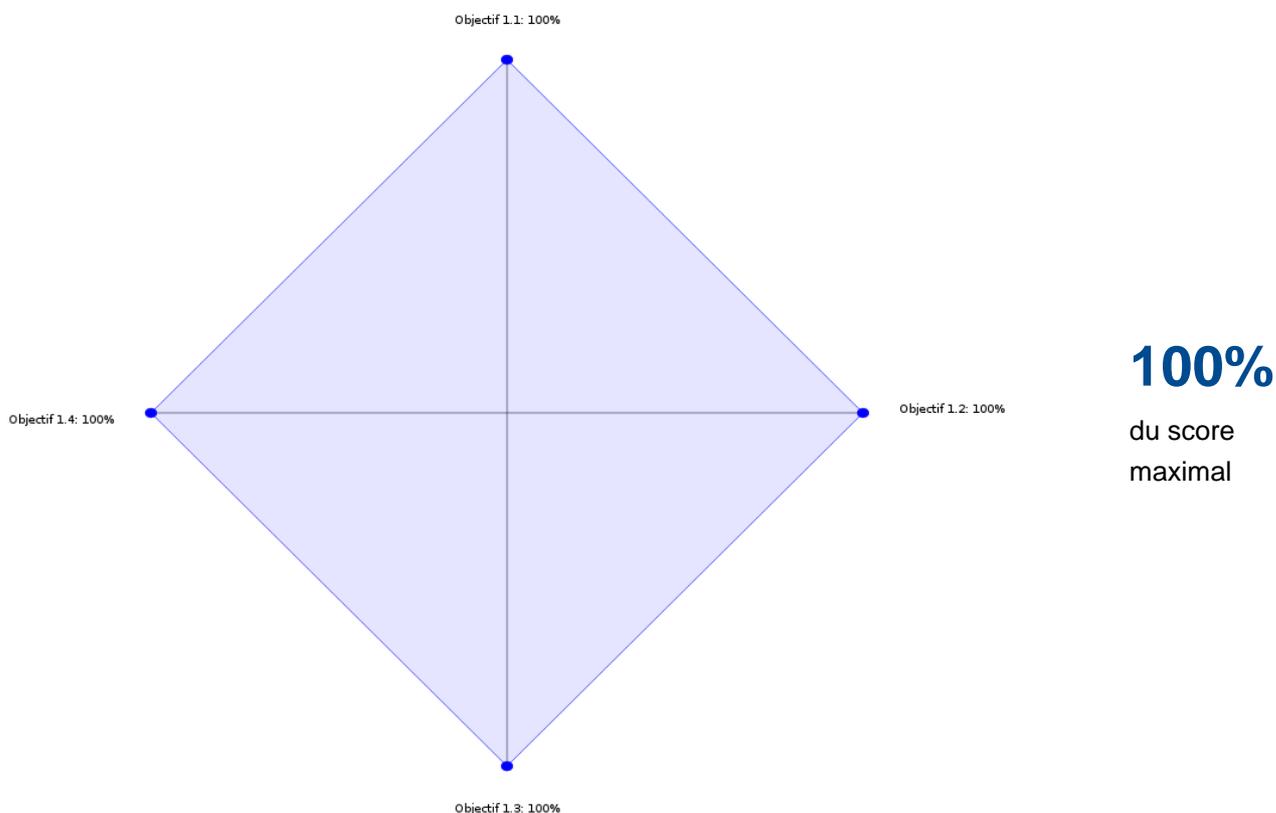
Au regard du profil de l'établissement, [112](#) critères lui sont applicables

Résultats



Chapitre	
Chapitre 1	Le patient
Chapitre 2	Les équipes de soins
Chapitre 3	L'établissement

Chapitre 1 : Le patient

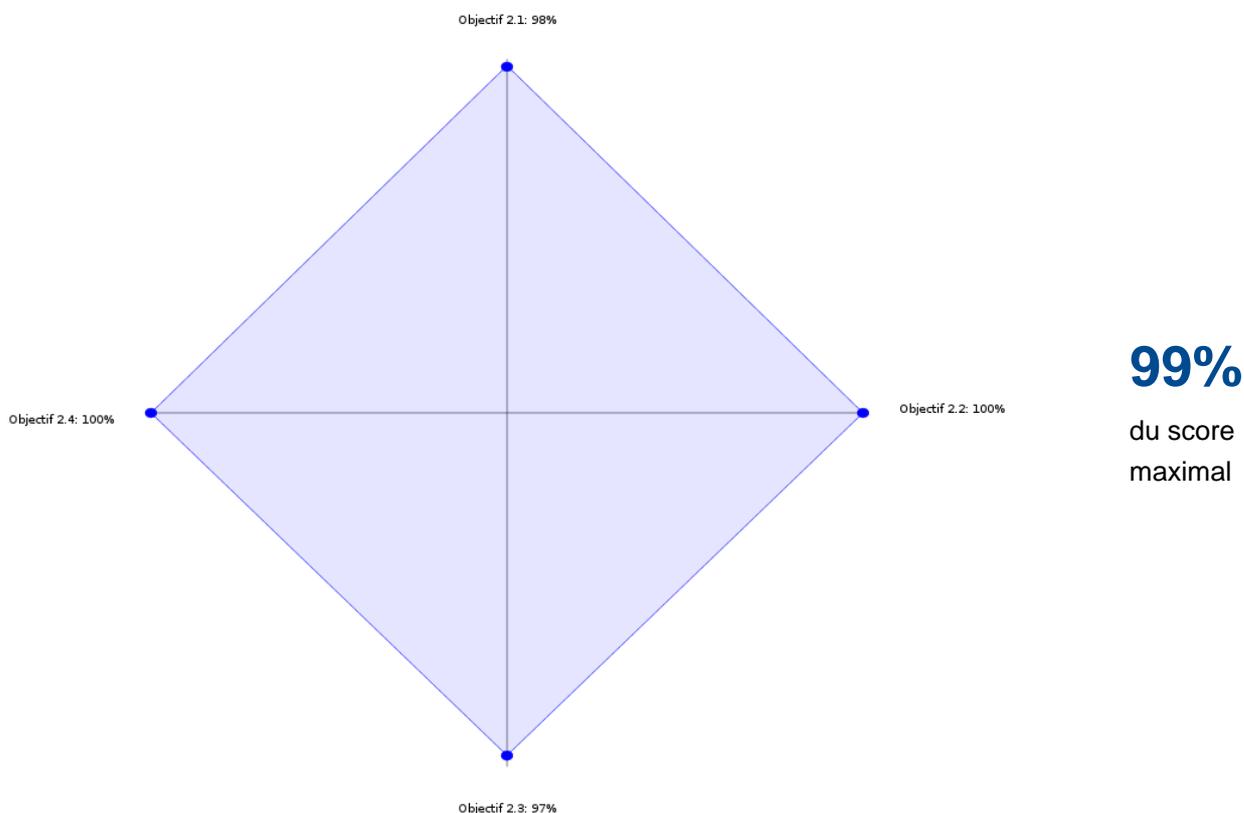


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'établissement organise différentes filières de prise en charge dans le respect de la réglementation concernant l'information du patient. Celle-ci est dispensée par la mise à disposition d'un livret d'accueil, de documents d'informations spécifiques aux actes médicaux ou chirurgicaux, de passeports ambulatoire et livrets de conseils dispensés aux patients. Des QR codes intégrés au livret d'accueil permettent au patient un accès à des compléments d'informations par voie électronique. L'établissement développe et met à disposition ses organisations, les ressources humaines et compétences afin de préparer le séjour du patient et de la parturiente par la communication d'informations relatives à son séjour en amont et à la sortie du patient. Le patient est acteur de sa prise en charge, notamment par l'expression de son consentement libre et éclairé, tracé et de sa participation au projet de soins ou projet de naissance. Une attention particulière est déployée concernant l'information adaptée aux enfants pris en charge et leurs assentiments et participations au travers de dispositifs

spécifiques à leur prise en charge (espace d'ambiance snoezelen, parcours vers le bloc opératoire en véhicule électrique motorisé). Un projet de naissance est systématiquement élaboré pour les prises en charges en secteur de maternité intégrant un accompagnement des parents (pour exemple, allaitement, ateliers de prise en charge du nouveau-né, méthode peau à peau). Le patient est destinataire de messages relatifs de santé publique organisés par l'établissement (tabac, alcool, hygiène alimentaire, diabète gestationnel). La prise en charge des mineurs est organisée avec une attention particulière concernant leur sécurisation et la présence des parents. L'établissement souscrit à la concrétisation d'une information adaptée aux enfants leur permettant d'exprimer leurs avis et être acteurs de leurs prises en charge. L'expression de la satisfaction du patient via un questionnaire de satisfaction est recherchée associant les représentantes des usagers fortement impliquées dans l'établissement, quant à l'analyse des résultats et de la synergie d'amélioration subséquente. Dans le cadre d'une insatisfaction ou d'une réclamation, le patient dispose des coordonnées de la commission des usagers (CDU) et de leurs représentants affichés dans les lieux publics et intégrés au livret d'accueil. De facto, les usagers peuvent correspondre directement avec les représentantes des usagers. Les patients rencontrés dans les divers services ont témoigné de la bienveillance et du respect des professionnels à leurs égards et dans la continuité de leurs prises en charge. Les équipes prennent en considération les demandes particulières des patients dans le respect de leur intimité et de leur dignité tout au long de leurs parcours de soins. Pour ce faire, l'établissement dispose majoritairement de chambres individuelles, préservant leur intimité et l'accessibilité aux aidants et accompagnants. Les parents accompagnent systématiquement leurs enfants en service de soins et possiblement jusqu'en secteur interventionnel. Les possibles handicaps sont pris en compte et intégrés dans une démarche de projet de soins en amont de l'hospitalisation et prenant en compte l'expression du patient. L'établissement organise et facilite la présence des parents en secteur de néonatalogie en termes d'information quant au contexte et du partage d'informations relatives à la prise en charge leurs nouveaux nés. L'avis du patient quant à un hébergement transitoire en structure de rééducation, voire d'un retour à domicile potentiellement médicalisé est pris en compte en association de l'entourage. La confidentialité des informations est assurée systématiquement dans tous les lieux, facilitée par l'utilisation d'ordinateurs mobiles permettant la sécurisation des données du dossier patient. Les offices infirmiers sont sécurisés. L'autonomie ou la ré autonomisation du patient est recherchée tout au long du parcours de soins, intégrant la lutte contre la douleur et sa ré évaluation. Le dispositif étant protocolisé et mis en œuvre. La contention mécanique en cas de besoin fait l'objet d'une prescription et d'une ré évaluation. L'entourage du patient est associé à la prise en charge du patient. Sa présence est facilitée, et les avis sont pris en compte notamment dans le cas de personnes vivant seules. Dans le cadre d'un appui pour les personnes en situation sociale précaire ou de vulnérabilité, l'établissement met à disposition les compétences d'une psychologue et d'une assistante sociale. Les recours aux services sociaux externes sont organisés. Les conditions de vie habituelles du patient sont prises en compte usuellement.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



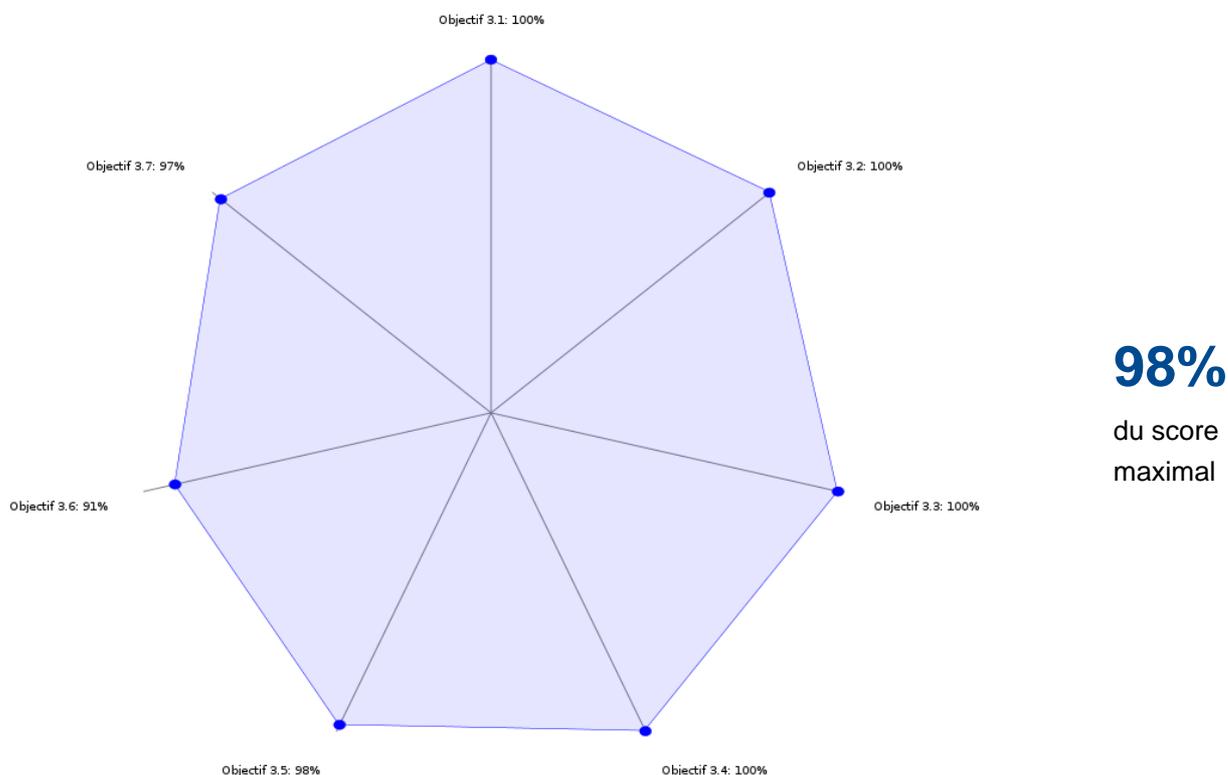
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Les parcours de soins et des prises en charge des patients sont définis et organisés selon les filières de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. L'analyse de contexte de la prise en charge et de l'orientation selon les filières est définie pluri professionnellement, par l'élaboration d'un plan personnalisé de soins ou un projet de naissance avec pour exemple, la mesure de l'autonomie du patient, des décisions thérapeutiques et examens complémentaires en imagerie ou analyses biologiques, qui sont réalisés sur site. L'établissement est accessible aux services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et du service mobile d'aide d'urgence (SMUR) du territoire ainsi que pour les patients se présentant spontanément ou orientés par la médecine de ville ou autres établissements de proximité. Des dispositifs d'hospitalisation directe, notamment pour les personnes âgées et en secteur obstétrical sont configurés et mises en œuvre. Le suivi du parcours de soins et de naissance est électroniquement intégré au système d'information hospitalier commun et identique pour toutes les unités

fonctionnelles facilitant de facto la transmission des informations. Les différents professionnels intervenant dans les parcours de soins intègrent et complètent les données médicales et paramédicales des décisions thérapeutiques, de soins et de leurs administrations ou réalisations. La coordination des flux patients prévoit la visibilité des activités et de leurs régulations pour la chirurgie et la médecine et prenant en compte les éventuelles urgences ou situations nécessitant des ajustements (transferts, ré hospitalisation). Le recours à une équipe est organisé concernant l'hygiène hospitalière ainsi que l'appui par une diététicienne, une psychologue, une assistante sociale. L'établissement, participe en réseau et en lien avec les structures d'aval et d'amont aux nécessités de prise en charge des patients. Les patients ne pouvant relever d'une prise en charge interne à l'établissement sont réorientés vers d'autres établissements du territoire. L'établissement met en œuvre une organisation associant les parents dans le cadre de la fin de vie des nouveaux nés et dispose d'une équipe engagée et formée dans la prise en charge de la fin de vie. Le dossier patient informatique permet l'intégration et la lisibilité des données de prise en charge patient tout au long du séjour et du partage des informations (prise en charge médicamenteuse, soins). A ce titre, l'accessibilité des données par les professionnels de santé est effective, permettant la lecture globale du parcours, ainsi que la coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge. Le circuit de la prise en charge médicamenteuse est organisé. Les prescriptions d'antibiothérapie, de leur ré évaluation et/ou modifications, font l'objet d'une analyse pharmaceutique documentée et tracée. L'antibioprophylaxie en secteur de chirurgie est protocolisée et mise en œuvre selon les recommandations actuelles de la société Française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) . Un médecin infectiologue intervient en appui auprès des médecins prescripteurs en termes de conseils et/ou selon les besoins d'analyse d'un contexte infectieux. Le circuit de la dispensation médicamenteuse est défini, formalisé et a fait l'objet d'audits et actions d'améliorations en vue de sa maîtrise. La chaîne de conservation réfrigérée des médicaments est définie et maîtrisée. Les médicaments à risques sont identifiés, un accompagnement pédagogique quant à leurs utilisations est réalisé par les pharmaciens. Les médicaments à risque sont facilement identifiables. Des audits réguliers par les pharmaciens sont effectués concernant la totalité du circuit du médicament, ainsi que la formation des professionnels de santé. Une alerte logiciel met en exergue les médicaments à risque via le dossier patient ainsi que les prescriptions d'antibiothérapie. Les contrôles de chariots d'urgence, montrent l'absence de périmés. Le stockage des médicaments respecte les bonnes pratiques. L'approvisionnement, le stockage des produits se fait dans de bonnes conditions de sécurisation. Les conditions de l'administration thérapeutique sont définies et mises en œuvre (prescription/ administration via le dossier patient informatique). La conciliation médicamenteuse est ciblée et déployée à ce jour dans l'établissement pour les personnes âgées. L'information du patient à sa sortie concernant l'information du risque de dépendance de l'iatrogénie médicamenteuse a été retrouvée dans quelques documents de sortie proposés. Le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement retrouvé dans la lettre de liaison pour les différentes filières de prise en charge, ce en quoi la CME représentée en termes de co présidence par un médecin anesthésiste réanimateur, un médecin gynéco obstétricien et un chirurgien vasculaire, s'engage à l'amélioration de l'objectif. Le recours à la transfusion est organisé en lien avec l'établissement français du sang du territoire et de par l'organisation d'un dépôt d'urgence vitale. Le circuit de délivrance et la traçabilité des produits sanguins labiles sont formalisés et répondent aux attendus réglementaires et de bonnes pratiques. La pertinence des prescriptions fait l'objet d'un suivi et d'une analyse communiquée aux prescripteurs. Les différents parcours de soins font l'objet pour les patients d'une identification formelle par un double contrôle de l'identité et de l'apposition d'un bracelet d'identification. L'orientation ou ré orientation vers des établissements de santé de recours sont définies et mises en œuvre avec les structures d'adressage. Des conventions de repli sont validées avec les centres hospitaliers et les établissements privés du territoire. L'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est constituée et développe les organisations et analyses relatives à la prévention du risque infectieux, la surveillance environnementale. Une infirmière en hygiène hospitalière intervient auprès des équipes qui ont été formées. Les liens avec l'EOH et le Comité de Lutte contre les infections associées aux soins et la conférence médicale d'établissement (CME) est effective. La consommation des solutions hydroalcoolique est connue et diffusée. Le risque infectieux est pris en compte concernant les précautions standard et spécifiques de par la formation des professionnels et la mise à disposition d'unités mobiles d'isolement. Des organisations sont formalisées et mises en œuvre en cas de

nécessité d'isolement des patients. L'établissement assure la possibilité pour les professionnels de l'accès à la vaccination antigrippale qui peut être réalisée en interne. Les vigilances sont opérationnalisées incluant la gestion des alertes ascendantes et descendantes. Des actions correctives et/ou de suivi sont incluses au plan d'amélioration institutionnel et communiquées lors de staff de service et en CME. Le parcours de soins en termes de transport est opérationnalisé et sécurisé entre les différents secteurs d'activité. L'établissement favorise les modalités de transport vers le secteur interventionnel dit « patient debout » avec une attention bienveillante par une équipe de brancardiers formés à l'exercice et disposant d'un matériel électronique de communication, relié aux équipes des différents secteurs d'activité. Les équipes évaluent leurs pratiques au travers des évaluations patients traceurs, parcours traceurs, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles et en partie subséquentes à des évènements indésirables. Pour exemple (utilisation de la checklist en bloc opératoire, la gestion de la douleur, chambre des erreurs, ateliers des erreurs en collaboration avec les parents en secteur de suite de couche). L'équipe présente un document récapitulatif des audits et les résultats qui sont communiqués au niveau de l'établissement et connus dans les unités fonctionnelles via la gestion documentaire électronique ainsi que vers la Commission des usagers (CDU). Il a été constaté durant la visite, que la direction, les directions des pôles de chirurgie et obstétrique, l'encadrement des services de soins des soins et l'encadrement qualitatif et des organisations ainsi que les représentantes des usagers, sont attentifs aux résultats de l'expression des patients lors des prises en charge, recueillis par les questionnaires de satisfaction, des indicateurs de la qualité et sécurité des soins (IQSS), l'analyse des évènements indésirables, les plaintes et réclamations. Les points ne répondant pas aux critères et objectifs attendus sont ventilés dans un plan d'amélioration continue de la qualité qui est mis en œuvre et suivi. Les démarches d'intégration de la satisfaction et de l'expérience du patient sont effectives. L'établissement développe une démarche d'analyse du vécu du patient et de son entourage au cours du séjour via des questionnaires dédiés auxquels sont associées et partenaires les représentantes des usagers. L'établissement a mis en place une démarche collective d'analyse des évènements indésirables. Le circuit de déclaration électronique concilie la visibilité partagée des évènements pour l'ensemble des professionnels de toutes les unités fonctionnelles, leurs traitements et décisions d'amélioration. Ces dernières étant définies lors de réunions régulières associant la direction, la responsable qualité les directions de pôle et l'encadrement, et mises à disposition électronique pour les professionnels de santé. Les plans d'actions issus des évènements indésirables sont exprimés par les professionnels rencontrés dans les services de soins. Les décisions d'amélioration intègrent le plan d'amélioration institutionnel global. Les représentantes des usagers sont informées des résultats d'analyse des évènements indésirables. En fonction des résultats, des actions d'améliorations sont mises en œuvre et inscrites au plan d'action institutionnel. Tous les résultats faisant suite aux évaluations sont diffusés à l'échelle de l'établissement, soit lors des commissions des usagers (CDU), comptes rendus des diverses réunions, et de la conférence médicale d'établissement (CME). Un récapitulatif établi sur la base d'indicateurs est accessible via la gestion documentaire électronique et à disposition et connu des professionnels (Nb d'évènements ; actions d'améliorations ; résultats des IQSS). L'établissement a une communication centrée sur le patient, observée lors des divers parcours et patients traceurs et rencontres des professionnels réalisés durant la visite. L'établissement déploie une culture de la sécurité des soins impliquant les représentantes des usagers et les professionnels médicaux et non médicaux. La direction en appui des directions des soins et sous la supervision de la responsable qualité impulse une dynamique appropriée par les professionnels de terrain qui participent aux diverses évaluations engagées (patients traceurs, analyse des indicateurs nationaux, parcours traceurs, retour d'expérience, analyse des évènements graves,). Le service qualité soutient les démarches internes et organise le partage d'expérience entre les divers services. La sortie du patient est organisée via le retour à domicile ou réorientation vers une structure d'aval si besoin. La lettre de liaison est retrouvée en majorité dans les dossiers consultés. L'établissement prend en compte la valeur de l'indicateur, et impulse auprès des professionnels avec l'appui de la direction informatique, les médecins et le pharmacien, les modalités en vue de son amélioration.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

L'établissement, définit ses orientations dans le cadre du projet institutionnel 2023 / 2028 spécifiant les orientations stratégiques selon ses différentes filières. Celles-ci intégrant les objectifs du projet médical, projet de soins, projets qualité et gestion des risques, projet social, projet de la qualité de vie au travail, projet des usagers. La démarche et les orientations associent la direction, la conférence médicale d'établissement (CME), la commission des usagers (CDU) et les équipes. L'établissement est organisé au sein du territoire de santé en tant

qu'établissement de recours pour la prise en charge des urgences et pathologies obstétricales du territoire de santé. Des conventions avec d'autres établissements du territoire spécifient les liens de recours et/ ou transferts, selon les besoins et notamment la filière d'admission directe pour les personnes âgées en secteur de chirurgie. Le registre opérationnel des ressources (ROR) est actualisé par l'établissement, qui a identifié ses partenaires et a contracté des conventions de repli avec plusieurs établissements privés et/ou publics. Les éléments de communication en termes de coordonnées téléphoniques destinées au public et au réseau de médecine de ville permettent aux patients et à la médecine de ville, de contacter sans délai les professionnels de l'établissement. La satisfaction du patient est engagée via les questionnaires E Satis ou au format papier exploités par le service qualité. Les résultats sont communiqués en interne et vers la Commission des usagers (CDU) et la Conférence médicale d'établissement (CME). Des actions d'améliorations issus des résultats et de leurs analyses sont déployées et intégrées au plan d'action institutionnel. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement. Leurs remarques sont prises en considération par les équipes. Les représentantes des usagers participent et sont conviées à l'ensemble des instances de l'établissement et participent au comité éthique qui est constitué, associant les différents professionnels de l'établissement. L'organisation du comité est régulièrement mise en œuvre et a défini des mesures concrètes (pour exemple la diffusion de vidéo concernant la bienveillance via le système documentaire électronique à disposition des professionnels, organisation d'une chambre des erreurs concernant le risque de maltraitance). La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance est un axe inscrit au projet d'établissement. La lutte contre la maltraitance fait l'objet d'une analyse de risque formalisée intégrant le respect du patient par l'élaboration de chartes spécifiant les attendus et postures professionnelles (personne âgée, Romain Jacob, personne hospitalisée, charte de l'enfant hospitalisé). Les éventuelles situations de risque de maltraitance sont identifiées et les mesures de préservation du risque déployées (mesure de protection, cadre référent, enquête interne, protocoles organisationnels) sont des éléments et mesures permettant d'intervenir et de gérer les potentielles situations à risque de maltraitance. Les patients en situation de vulnérabilité sont pris en charge par une psychologue. L'impulsion donnée par les Directions et la CME quant à la qualité et la sécurité de soins se traduit par le pilotage des lignes directrices définies, ainsi qu'au travers de la politique qualité. Leurs mises en œuvre étant assurées par les comités, commissions diverses (CLIN, CLUD,...) en association des directions, de la responsable qualité, du pharmacien, des responsables de services et des médecins. Le déploiement des démarches (gestion des événements indésirables, gestion du plan d'amélioration de la qualité, réalisation d'audits et évaluations, suivi des indicateurs dont les IQSS) est assuré et démontre une forte implication des personnels encadrants et le soutien de la direction. L'établissement organise des visites de risques et participe à la campagne nationale de la culture sécurité des soins. L'établissement est engagé sur cinq thématiques de recherche clinique avec l'appui d'une attachée de recherche clinique. Les médecins de spécialité à risque sont accrédités individuellement et en équipe et d'autres en cours de validation ou à venir selon un calendrier pré établi et selon le dispositif attendu. L'établissement adhère à la communauté professionnelle du territoire de santé (CPTS) associant médecins de ville et paramédicaux libéraux. Les directions et la CME impulsent le travail en équipe au sein de l'établissement avec l'adhésion de l'encadrement. L'établissement s'engage dans la démarche collaborative en développant les staffs, les groupes de travail et lors des instances. Dans le cadre d'acquisition des compétences, un parcours d'intégration du nouvel arrivant est formalisé. Les ressources en compétences internes, partenaires et moteurs du déploiement de la culture qualité et sécurité sont identifiées. Pour ce faire, la direction administrative, les directions de pôle, la responsable qualité et l'encadrement œuvrent en association de la CME. Le travail en équipe est favorisé, notamment par la collaboration multi professionnelle et la rétro information des démarches. Pour ce faire l'établissement mobilise les équipes médicales et paramédicales via des réunions de services hebdomadaires et/ou mensuelles. Pour exemple l'analyse des événements indésirables et actions d'améliorations sont revues régulièrement et partagées avec les équipes de terrain. Des staffs d'analyse de dossiers sont organisés. La Conférence Médicale d'Etablissement et les directions (administrative et de pôle) sont associées à une alliance de cliniques privées du territoire en termes de partage d'expérience et orientations. Le management de direction soutien la formation professionnelle des salariés, en vue de l'adéquation des compétences aux besoins identifiés (hygiène, management de proximité, formations diplômantes, ...). La mutualisation des compétences est encouragée entre

différents secteurs d'activité. Les bonnes pratiques professionnelles sont promues au sein de l'établissement notamment par la diffusion de référentiels, la mise à niveau des compétences et des exercices de mises en situation. La veille juridique est assurée et déployée auprès des directions et des équipes. L'établissement s'inscrit dans une démarche de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), par la structuration et la prise en compte de l'expression des salariés et des médecins libéraux quant aux conditions de travail et la gestion des possibles conflits. Des actions sont mises en œuvre et articulées autour d'axes prioritaires établis (pour exemple : mise en œuvre de « café qualité, stratégie de démarche « vie ma vie » permettant aux professionnels d'appréhender les conditions de travail d'autrui). Le travail en équipe est soutenu par la direction et les cadres de services autour de réunions de service et du traitement des sujets proposés concernant les conditions de travail. Il existe en parallèle un collège de l'encadrement au cours duquel sont abordées toutes questions relatives à l'organisation du travail. La prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est opérationnalisée (chariots d'urgence uniformes, formations des professionnels). La gestion des urgences relatives à l'hémorragie du post partum est fortement encadrée et fait l'objet d'exercices de simulation. Un numéro d'appel d'urgence unique est connu des professionnels. La gestion des possibles tensions hospitalières est organisée au niveau de l'établissement pour son territoire de proximité, ainsi qu'au niveau du groupe et de ses autres établissements. La supervision associe les différentes composantes hiérarchiques et de terrain. Des exercices ont été réalisés. L'établissement est engagé dans le développement durable. Des démarches (pour exemple la gestion et le tri des déchets) sont définies et mises en œuvre. Les risques environnementaux sont pris en compte dans le cadre du développement durable. Un diagnostic a été établi avec les professionnels et un plan d'action mis en œuvre (pour exemple, relamping, isolation thermique, risque de coupure électrique). Les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins (IQSS) sont exploités en termes d'analyse, d'actions d'améliorations traduites via le plan d'amélioration de la qualité institutionnel. L'établissement promeut les améliorations concernant la lettre de liaison, la consommation des solutions hydroalcooliques, la vaccination des professionnels. Les résultats sont communiqués en interne et auprès de la Commission des Usagers (CDU). Les analyses de risques sont structurées (a priori et a posteriori), incluant les réponses aux risques sanitaires, la sécurité des biens et des personnes. Les organisations concernant les vigilances sont opérationnelles et connues des professionnels. Le plan blanc est mis à jour et connu des professionnels. Les événements indésirables sont déclarés électroniquement et colligés par la responsable qualité et partagés en commission qui se réunit tous les quinze jours associant l'encadrement des services et la direction. Le suivi et les réponses afférentes sont communiquées et mises en ligne en retour aux déclarants. Un plan d'amélioration de la qualité institutionnel est construit sur la base des origines (Caqes, événements indésirables, audits...) et des différentes sources déclarantes (commissions et comités, groupe de travail, vigilances). Concernant les événements indésirables graves (EIG), et événements associés aux soins (EIAS), leur gestion fait l'objet d'une formalisation et enregistrement en interne et via le portail de déclaration national. L'établissement organise des séquences d'analyse des causes profondes selon la méthode ALARM et procède à des retours d'expérience et communique ses résultats aux différentes équipes. L'établissement démontre la dynamique et la visibilité des liens entre les EIAS / EIGS déclarés et le plan d'action institutionnel. Les actions d'améliorations définies sont suivies. Des indicateurs sont produits et partagés institutionnellement.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	310026075	SARL SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	49 allée charles de fitte 31300 TOULOUSE FRANCE
Établissement principal	310026083	CLINIQUE SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	49 allée charles de fitte 31300 TOULOUSE FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	15
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	128
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	56
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	7
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	31
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	7
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	109
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	2
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	5
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0

Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	22
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
6	Audit système	Représentants des usagers		
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
9	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presque accident
11	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

13	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
15	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
19	Audit système	Leadership		
20	Audit système	QVT & Travail en équipe		
21	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
23	Audit système	Engagement patient		
24	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
26	Audit système	Dynamique d'amélioration		
27	Audit système	Maitrise des risques		
28	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
29	Audit système	Entretien Professionnel		
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
32	Audit système	Risques numériques – Gouvernance		
33	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
34	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète	

35			Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
41	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
42	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Audit système	Coordination territoriale		
44	Audit système	Entretien Professionnel		
45	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
46	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
47	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
48	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Maternité Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Audit système	Entretien Professionnel		
52	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
53	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
54	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Audit système	Entretien Professionnel		
56	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
57	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
58	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
59	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

60	traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
----	---------	--	---	--

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

