



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**MAISON DE SANTÉ  
SAINT-PAUL DE  
MAUSOLE**

Chemin de saint-paul les antiques  
13210 Saint-Remy De Provence



Validé par la HAS en Juin 2024

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Juin 2024

# 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 2024	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

MAISON DE SANTÉ SAINT-PAUL DE MAUSOLE	
Adresse	Chemin de saint-paul les antiques 13210 Saint-Remy De Provence FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	750720534	VIVRE ET DEVENIR VILLEPINTE - SAINT-MICHEL	2 allée joseph recamier 75015 PARIS 15 FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

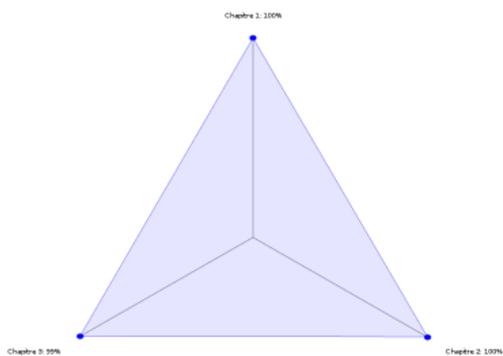
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

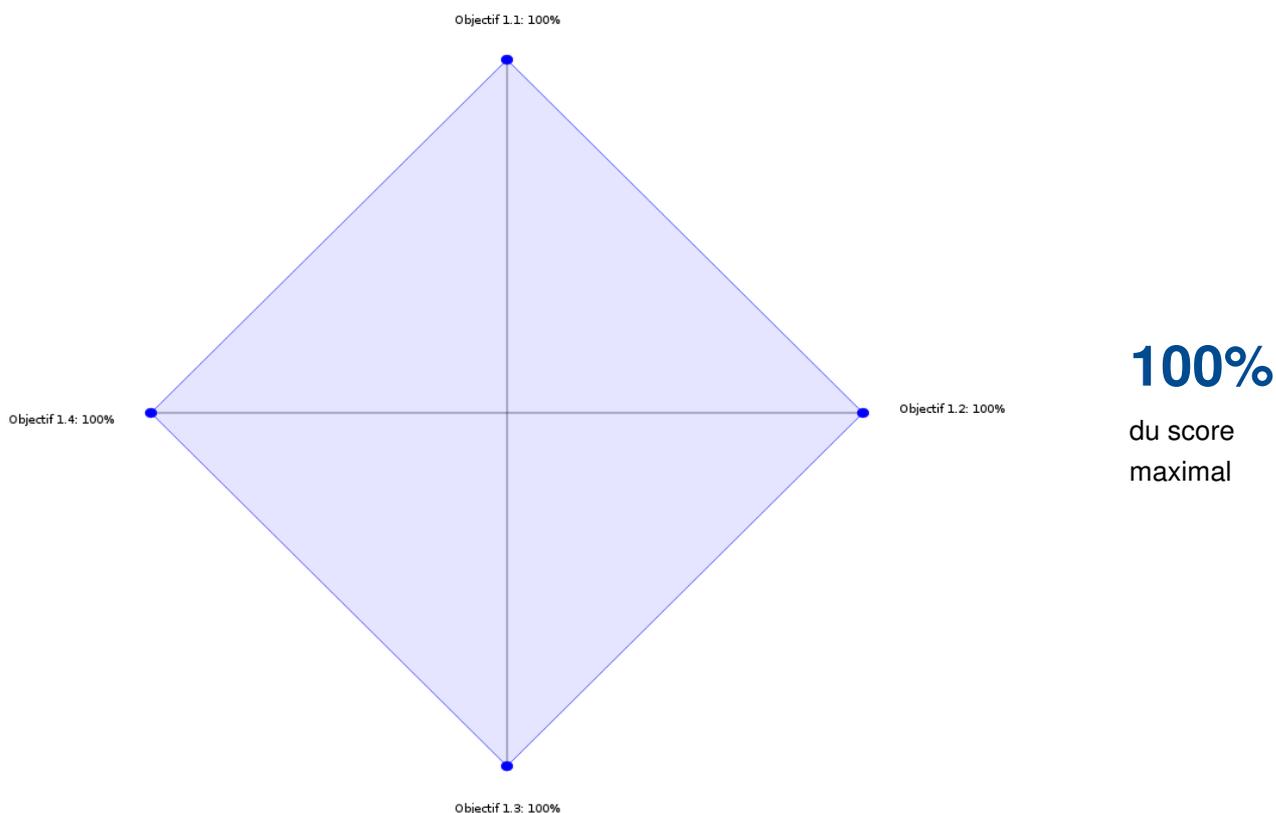
Au regard du profil de l'établissement, [102](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

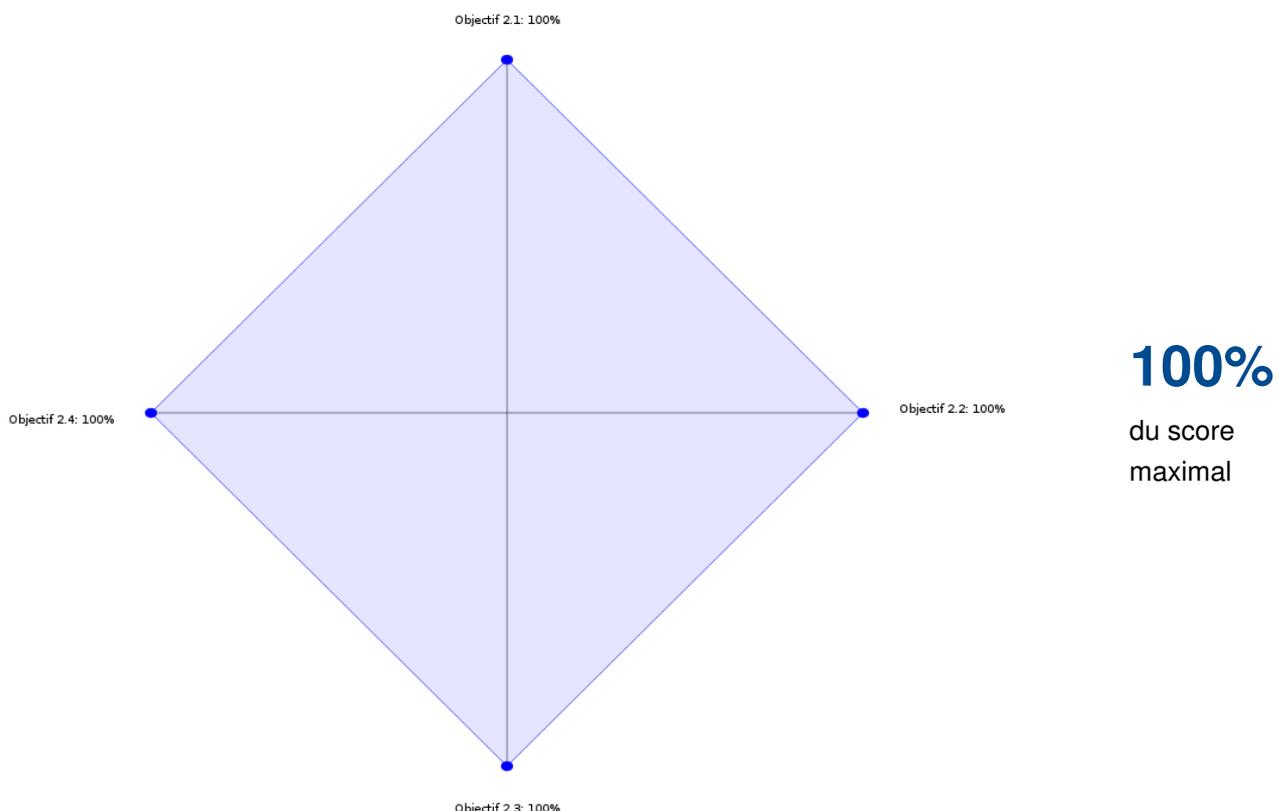


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

La Clinique St Paul de Mausole, situé sur un site à 5km du centre-ville de St Remy de Provence, est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), accueille exclusivement une patientèle féminine, de plus de 18 ans, issue principalement des départements limitrophes. L'offre de soins est délivrée par deux unités d'hospitalisation complète l'une de 34 lits (Van Gogh) d'orientation psychanalytique et l'autre de 33 lits (St Paul) d'orientation comportementaliste. L'art-thérapie est au cœur du projet médical des deux unités, autant dans les groupes thérapeutiques mis en œuvre que comme alternative à l'hospitalisation ou en suite de celle-ci par le biais des associations "Valetudo" et "Les vies denses". Enfin l'établissement met en œuvre un programme d'Education Thérapeutique "Patientes souffrant de troubles dépressifs récurrents et/ou résistant" Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement dès son entrée qui est programmée en lien avec son adresseur (médecins généralistes, psychiatres traitants, établissement de soins). Un livret d'accueil est remis à

chaque patiente. La plupart des éléments de celui-ci est également disponible sur le site internet de l'établissement. L'implication des patientes dans leur parcours de soins est recherchée tout au long de celui-ci, quel que soit l'âge ou la situation de la personne. Les professionnels informent de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance et du rôle de ceux-ci. Il est d'ailleurs conseillé lors de la prise de rendez-vous pour l'admission de venir avec la personne de confiance qui pourra signer dès l'entrée son accord. L'établissement a formalisé l'information concernant les directives anticipées de fin de vie. Le cas échéant il est expliqué aux patientes lors d'ateliers spécifiques comment remplir ces directives dans leur dossier médical personnel et plus globalement le fonctionnement général de celui-ci. Les unités affichent toutes des messages d'information sur les droits des patients, de santé publique, en cohérence avec la population accueillie (contraception, violences faites aux femmes par exemple). Les patientes sont informées sur les représentants des usagers et/ou les associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner. Les représentants des usagers accèdent librement aux unités la durée moyenne de séjour permettant au moins une rencontre avec ceux-ci. De même les patientes connaissent la possibilité de déclarer des Evènements Indésirables Associés Aux Soins (EIAS) et les modalités pour soumettre une réclamation durant ou après leur séjour. A chaque étape de la prise en charge le patient est informé des soins, des effets bénéfiques ou secondaires de ceux-ci et le consentement aux soins est recherché. Chaque semaine un groupe d'accueil réunissant les nouvelles arrivées et les patientes déjà hospitalisée permet à chacune de comprendre le fonctionnement de la Clinique et les différents ateliers proposés. L'ensemble des données permettant la prise en charge, ses facteurs de risque et de protection sont recueillis et tracés. L'ensemble des soins proposés permet à chaque patiente d'être impliquée dans sa prise en charge, associant ses aidants si elle le souhaite. Dans l'ensemble des unités visitées les patientes bénéficient du respect de leur intimité et de leur dignité, de la confidentialité des informations les concernant, quel que soit leur statut ou leur handicap. Dans toutes les unités, l'environnement du patient est propre. Un programme de rénovation est en cours mais celui-ci a été ralenti par l'intégration de l'établissement dans l'association "Vivre et Devenir" et la crise du Covid-19 qui a suivi deux ans plus tard. Les deux unités comportent chacune deux chambres doubles, équipées de paravent suspendus. Toutes les chambres sont équipées d'une salle de bains et de toilettes. La douleur est anticipée et fait l'objet d'une évaluation systématique à l'aide d'échelles validées, la traçabilité de la réévaluation de la douleur, après traitement, médicamenteux ou non est retrouvée. Une récente démarche amélioration de la qualité a permis un taux de conformité de l'indicateur dédié proche des 100%. Les conditions de vie et de lien social des patientes sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. Dès l'entrée un bilan social est réalisé avec l'assistante sociale, la mise en œuvre des valeurs portées par l'association "Vivre et Devenir" et la Clinique St Paul de Mausole, permettent une équité de la prise en charge et des soins prodigués. Le maintien de l'autonomie est recherché et encouragé tout au long du séjour pour les patientes les plus fragiles permettant dès l'hospitalisation de préparer la sortie. L'inclusion et la réhabilitation psychosociale sont favorisées par les différentes activités culturelles en lien avec le centre culturel du cloître St Paul, permettant aux patientes de créer des passerelles supplémentaires entre les soignés, les soignants et la société civile et de permettre à chacune d'être reconnue par sa valeur artistique et créative et non plus par sa maladie. De même pour mieux accueillir les familles, une salle d'accueil des usagers de la Clinique et de leur entourage est en cours de réhabilitation dans le centre. La sortie est préparée autant individuellement que de manière groupale, en associant les aidantes si la patiente le souhaite. Les patientes reçoivent toutes les informations utiles sur leur traitement, les aides possibles. Elles sont invitées à faire part de leur expérience au cours des soins par le biais des groupes de préparation à la sortie et ce point de vue est réutilisé par les équipes pour améliorer leur prestation.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



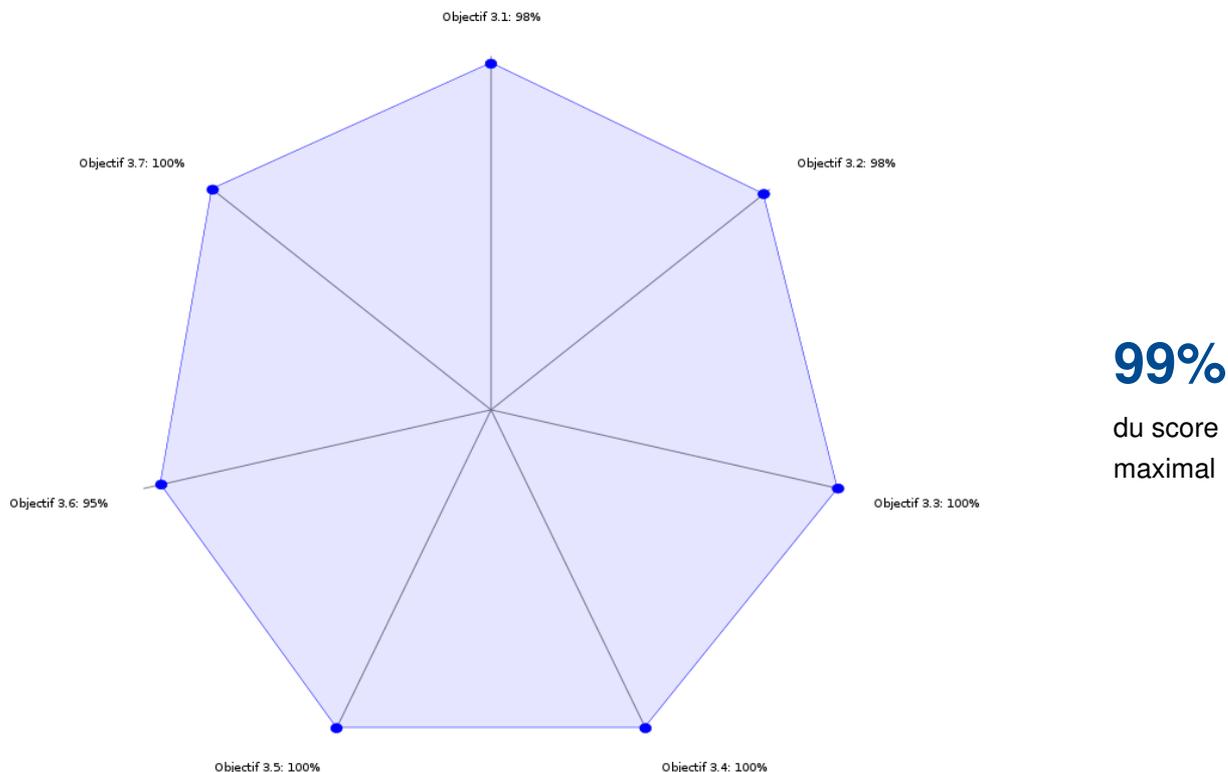
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent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

Les équipes évaluent la pertinence des décisions prises en termes de parcours de soins, de prescriptions médicamenteuses et de décisions médicales. Ces évaluations sont formalisées au sein des dossiers de chaque patient autant pour les prises en charge standards que celles complexes. Les experts n'ont pas noté de pratiques de contention mécanique. Les restrictions de liberté, quand elles sont nécessaires (risque suicidaire, conduites addictives) sont évaluées de manière pluriquotidienne, en équipe et ces décisions sont tracées dans le dossier. Le dossier patient est informatisé et accessible à l'ensemble des professionnels impliqués, facilitant le partage d'information entre les différents intervenants. Les professionnels sont formés à son utilisation dès leur prise de poste. Les équipes peuvent également consulter le dossier médical de Mon espace santé (DMP) et/ou le dossier pharmaceutique des patientes. Les équipes peuvent faire appel à des spécialistes externes auprès des établissements du territoire ou en libéral. L'établissement a formalisé de nombreuses conventions avec des

spécialistes (Cardiologue, ORL, Dentiste, Gynécologue) et à recours également à la télémédecine. Les équipes construisent avec la patiente son projet thérapeutique individualisé qui est réévalué autant que de besoins. La prise en charge somatique est réalisée pour l'ensemble des patients par les généralistes de l'établissement dans les 24h suivant leur hospitalisation. Le suivi est assuré par les médecins traitants, si la patiente n'en a pas, une articulation est faite avec les généralistes de l'établissement le temps nécessaire. A la sortie la lettre de liaison est systématiquement réalisée et envoyée par messagerie sécurisée avec le bilan thérapeutique. Les prescriptions d'antibiotiques font toutes l'objet d'une justification. Les praticiens peuvent se référer à l'infectiovigilant et à une correspondante externe identifiée comme personne ressource. Une alerte avant la 72ème heure de prescription est effective dans le logiciel et suivi par les pharmaciens. Les prescripteurs ont été formés à l'antibiothérapie lors de la semaine mondiale 2022 de lutte contre l'antibiorésistance. La conciliation médicamenteuse est effective, l'établissement a fixé comme cible les patientes ayant dans leur prescription un des médicaments à risques inclus dans la liste de chaque unité ou une des spécialités pharmaceutiques faisant partie des "Never Events". Le risque infectieux est maîtrisé, les précautions standards et, si nécessaire complémentaires sont connues et mises en œuvre, situation qui restent rares et ponctuelles dans l'établissement au vu de sa spécificité. L'établissement n'utilise pas de dispositifs médicaux réutilisable. Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) s'appuie sur une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) composée de la pharmacienne et des cadres de santé de l'établissement qui assure conseils et sensibilisations sur le terrain. A l'occasion de la journée mondiale de l'hygiène des mains un quick audit (pulpe friction) a été réalisé ainsi qu'une autre enquête sur l'observance du non-port de bijoux. Les experts ont pu constater cette observance (non-port de bijoux et montres, manches courtes, absence de vernis, ongles courts) sur le terrain. L'établissement met à disposition des personnels des vaccins anti grippaux et l'organisme de santé au travail vient vacciner, cette action est renforcée par la possibilité pour les personnels volontaires de se vacciner entre eux et d'avoir un taux de vaccination globale (grippe) de 40%. L'organisation du circuit du médicament s'appuie sur la "politique du circuit du médicament" sur le COMEDIMS et sur la pharmacienne gérante de la Pharmacie à Usage Interne (PUI). L'approvisionnement, le stockage (y compris pour les produits thermosensibles), le transport est facilité par l'implantation de la PUI dans le même bâtiment que les deux unités. L'accès aux produits de santé sont efficaces. Les bonnes pratiques de prescription de dispensation et d'administration sont respectées, s'appuyant sur un logiciel d'aide à la prescription validée par la Haute Autorité de Santé. En cas de rupture d'approvisionnement, une convention avec le Centre Hospitalier d'Arles est signée. Un audit de l'ensemble du circuit a été réalisée en 2023 et un plan d'actions, validé par le COMEDIM est en place. L'établissement réalise également plusieurs audits à intervalle régulier parmi lesquelles des audits de pertinence concernant la prescription médicamenteuse de sortie des personnes âgées ou les antidépresseurs. Ces évaluations sont réalisées de façon croisée entre les deux unités de soins. Une liste de médicaments à risque a été diffusée dans chaque unité. Celles-ci sont différentes et adaptée aux pratiques de chaque unité. Chaque mois, la pharmacienne organise une rencontre autour du « Médicament à risque » du mois, en équipe pluriprofessionnelle et s'assure de la compréhension des messages. Les risques spécifiques liés aux patients sont retrouvés dans les dossiers et connus des équipes. Une attention est portée sur le risque suicidaire, en cohérence avec la patientèle reçue. Toutes les patientes sont évaluées par le médecin dès l'entrée avec des grilles "Risques Urgence Dangersité" (RUD) et les infirmiers assurent le suivi de ce risque avec un autre outil plus adapté à leurs pratiques. La gestion des épisodes de violence est assurée par le port d'appareil de protection du travailleur isolé (PTI) et l'anticipation des situations à risque est formalisée par un plan de crise conjoint. L'identification des patientes à toutes les étapes de la prise en charge est assurée par soit la photographie intégrée dans le dossier de la patiente soit, en cas de refus par le port d'un bracelet d'identification. Un audit sur les règles d'identification lors d'un prélèvement biologique a été réalisée en 2023. Ces derniers sont réalisés par les équipes soignantes et les examens sont envoyés dans un laboratoire externe avec lequel l'établissement a passé convention. Concernant la radiologie, là aussi la Clinique a une convention avec un centre d'imagerie médicale, le choix final du prestataire étant laissé au choix du patient. Les résultats cliniques sont analysés en équipe, par des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) et par l'analyse des résultats obtenus par le programme d'Education Thérapeutique (ETP) "Patientes souffrant de troubles dépressifs récurrents et/ou résistant". Les actions sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de

l'établissement (PAQSS). Ce dernier est également alimenté par les équipes soignantes, avec l'appui de la responsable qualité, par les actions d'amélioration issues de l'analyse des questionnaires de satisfaction, des plaintes et réclamations, des évènements indésirables associés aux soins (CREX trimestriels) et des résultats des IQSS. L'expérience patient est recueillie par les équipes mais également partagée entre patientes lors des groupes thérapeutiques. Les experts ont particulièrement remarqué l'ouverture des groupes de travail et instance (CLIN, CLAN, CLUD, CDU) à des patientes portant la parole des autres hospitalisées. Les représentants des usagers, par leur action sont moteurs dans le recueil de la satisfaction et formulent des recommandations, elles aussi intégrées dans le PAQSS de l'établissement.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
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	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

La Clinique St Paul de Mausole est un des établissements (depuis 2017) de l'association "Vivre et Devenir", reconnue d'utilité publique depuis 1920. Elle est située sur un ensemble de bâtiment regroupant la clinique et ses bâtiments administratifs, une Maison d'Accueil Spécialisée "Les Iris" et le Centre Culturel et Touristique "Vincent Van Gogh" (l'artiste ayant été hospitalisé dans l'établissement de 1889 à 1890) comprenant un cloître et son église romane du XIème siècle. Cette structure est également un lieu d'expression artistique abritant l'association

d'art-thérapie VALETUDO, espace d'inclusion et de réhabilitation psychosociale de la clinique. Les axes stratégiques de l'établissement sont définis dans le projet d'établissement 2020-2025. L'établissement, bien implanté et reconnu dans son territoire de santé, mène une politique collaborative auprès des communautés de territoires A travers de nombreuses conventions de partenariat : Comité de pilotage du projet territorial de santé mentale des Bouches du Rhône Auprès des structures de soins de proximité, notamment l'établissement référent du secteur psychiatrique dont il dépend (CH de Montfavet) Du réseau de soins de proximité (Respi13 pour les soins palliatifs, CPTS du pays d'Arles) Du réseau des partenaires sociaux intervenant dans le cadre de la réhabilitation psychosociale (Valetudo, les vies denses, un cœur et quatre pattes [association de chien visiteurs]) Mais aussi au sein de structures plus innovantes comme le Centre d'Innovation et d'Usages en Santé (CIUS) ayant pour objet de faire collaborer les secteurs de la santé, de la recherche et des nouvelles technologies. LL'établissement a validé et budgété également la mise en place d'une équipe mobile de réhabilitation psychosociale mais celle-ci n'est pas encore en place au jour de la visite des experts. Les équipes travaillent en pleine collaboration avec les différents partenaires externe dont les centres médicopsychologique, la structure CAP48 (urgences du Centre Hospitalier de Salon de Provence) les médecins traitants permettant un accès précoce aux soins et une prise en charge optimisée des patients les plus vulnérables. L'établissement n'a pas élaboré de politique formalisée concernant la recherche, cependant il est partie prenante dans le GCS pour la "Recherche et la Formation en Santé Mentale" en PACA. L'engagement des patients est soutenu par la gouvernance qui promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient. Il ne s'est pas engagé dans le recueil des PROM's (Patient-Reported Outcome Measures) et des PREM's (Patient-Reported Experience Measures) mais les questionnaires de satisfaction, l'analyse du vécu des patients participant à l'éducation thérapeutique et leur participation aux différentes instances (CLIN, CLAN, CDU) permet à l'établissement de promouvoir l'expérience patient en lien avec la Commission Des Usagers. Cette dernière a validé un projet des usagers, intégrant le projet d'établissement et émet des recommandations intégrées dans le PAQSS. Elle est informée du nombre de demandes d'accès au dossier par les patients et des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre. L'établissement à une communication centrée sur les patientes et met à leur disposition une information adaptée sur les modalités d'accès à "mon espace santé". Il organise des ateliers de connexion et d'utilisation, permettant d'expliquer l'alimentation du dossier médical. D'implantation récente cette information ne figure pas encore au livret d'accueil, en cours de refonte au jour de la visite. Le personnel est formé annuellement aux entretiens, et à l'écoute des patients. Il met à disposition des patients de l'information en utilisant des outils adaptés et ces principes sont rappelés dans le livret d'accueil des nouveaux arrivants ou dans les fiches descriptives de stage remis aux étudiants. Les plaintes et réclamations sont peu nombreuses et toutes traitées. La lutte contre la maltraitance dont la maltraitance ordinaire, le repérage des violences faites aux femmes et la promotion de la bientraitance sont des préoccupations fortes de l'établissement. Les experts ont pu constater lors des rencontres avec les équipes l'attention soutenue du personnel sur ce sujet. De nombreux éléments de prévention sont en place (procédure de signalement, formation, charte, EPP annuelle sous la forme d'une grille d'auto-contrôle des pratiques professionnelles). Une cartographie des situations à risque de maltraitance est mise à jour régulièrement. Un comité d'éthique se réunit depuis plusieurs années, les patientes peuvent y participer, il est secondé par la possibilité pour chaque unité de constituer des "groupes d'éthique souple", pluriprofessionnels permettant de résoudre au moins temporairement les difficultés rencontrées avant que le comité ne se réunisse. Plusieurs thèmes ont été abordés en 2023 dont l'admission de patient en transidentité dans cette Clinique n'accueillant que des femmes. L'accès aux soins des personnes vulnérables est facilité, l'accès aux personnes vivant avec un handicap également. L'entretien systématique avec un assistante sociale facilite les démarches éventuelles. L'ensemble des bâtiments est audité chaque année et fait l'objet d'un rapport interne sur l'accessibilité. Le travail en équipe est favorisé et les temps de présence médicaux et paramédicaux permettent non seulement les réunions cliniques, essentielles en psychiatrie, mais aussi des temps d'échanges institutionnels. Le temps est organisé pour permettre de créer des espaces collectifs d'élaboration du soin, d'échange et de formation avec les médecins ou entre paramédicaux. Un travail de coordination entre les équipes de jour et les équipes de nuit est en cours. Les remplacements sont assurés par un pool de soignants en interne, il n'y a pas de recours à l'intérim ce qui sécurise les prises en charge et les patientes elles-mêmes. Des entretiens

annuels d'évaluation sont programmés et un plan de formation est mis en œuvre sur cette base (plus les attentes institutionnelles). Les nouveaux arrivants disposent des informations nécessaires pour leur intégration dans l'équipe. Tout l'encadrement est formé au management et les cadres bénéficient d'un temps de supervision. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail (QVT) impulsée par la gouvernance. Une politique QVCT a été produite, basée sur un recueil de l'association "Vivre et Devenir" en 2022 et complétée par des questions spécifiques à la Clinique en 2023. Un comité de pilotage auquel sont associés les représentants du personnel. Des journées à thèmes sont organisées chaque année « transitions et travail, on en parle ? » en 2023. Surtout l'accent est mis sur le projet de service structurant l'attractivité et les conditions de travail. En cas de conflit ou de tension interne, une procédure formalise les différentes étapes et en dernier recours la possibilité de saisir un médiateur externe ou une association de soutien au personnel de santé est possible. L'établissement dit "de seconde ligne" dans le plan zonal, a formalisé et validé son plan blanc, celui-ci aborde les différents dispositifs ORSAN avec à minima les dispositifs socles correspondants au guide méthodologique. La cellule de crise est opérationnelle et sa réactivité est testée annuellement, le dispositif de rappel est connu des professionnels. Le Plan de Sécurisation de l'Etablissement est formalisé et les risques spécifiques liés aux patients ont été identifiés. La Clinique St Paul de Mausole accorde depuis de nombreuses années une importance au développement durable. Un diagnostic réalisé en juin 2022 a permis d'établir une politique intégrée dans le projet d'établissement et validée en mars 2023. Un responsable est identifié et un comité de suivi pilote l'ensemble de la démarche étayée par un engagement dans le dispositif ANAP « appui terrain Développement Durable ». Un plan de lutte contre le gaspillage alimentaire est engagé avec la mairie. Un partenariat avec un prestataire externe assure la sensibilisation du personnel et un suivi d'indicateurs (consommation énergétique et des fluides, bilan carbone...) Une cartographie des risques et un plan d'action complètent le dispositif. Le processus de gestion des urgences vitales a été évalué dans son ensemble. La prise en charge des urgences vitales est assurée par des personnels formés régulièrement et détenteur de l'AFGSU ou du diplôme de sauveteurs secouristes du travail. Les formations de base, les formations de recyclage sont suivies par la Direction. Des exercices de mise en situations sont réalisés. Chaque unité est équipée du matériel nécessaire (chariot d'urgence, défibrillateurs) contrôlé régulièrement. Le numéro d'appel est unique et compte tenu du personnel médical, peu habitué à gérer les urgences vitales, il est fait appel au SAMU bien que l'établissement n'ait pas de convention formalisée avec le centre 15. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, et pilote, appuyée par la responsable qualité de l'établissement, les différentes actions du Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) présentées dans les instances dont la Conférence Médicale d'Etablissement et la Commission Des Usagers. Le PAQSS est basé sur les évolutions réglementaires, les résultats d'audits et de la précédente visite de certification et prend en compte les résultats des questionnaires de satisfaction, les remarques des représentants des usagers et celles issues des différentes actions impliquant directement les patientes. Les experts ont constaté lors des audits et des entretiens avec les équipes que ce programme est connu des professionnels. Une évaluation de la culture qualité et sécurité des soins a été réalisée en utilisant le questionnaire de la FORAP. La base documentaire de l'établissement, accessible à tous, intègre les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBPP) contribuant à la mise à jour des procédures existantes. L'application de ces RBPP est retrouvée dans les nombreuses EPP du programme d'action qualité. Une communication interne sur la base de triptyque "Qualiflash" informe régulièrement le personnel de l'établissement sur les résultats obtenus. Enfin la gouvernance exploite pleinement les analyses d'évènements indésirables et les résultats des Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins permettant d'enrichir dans une boucle vertueuse la dynamique de qualité et sécurité des soins.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	750720534	VIVRE ET DEVENIR VILLEPINTE - SAINT-MICHEL	2 allée Joseph Recamier 75015 PARIS 15 FRANCE
Établissement principal	130806011	MAISON DE SANTÉ SAINT-PAUL DE MAUSOLE	Chemin de Saint-Paul les Antiques 13210 Saint-Rémy de Provence FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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	Non

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	Non
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	0
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
<b>Ambulatoire</b>	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
<b>Tout l'établissement</b>	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
<b>Enfant et adolescent</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
<b>Patient âgé</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
<b>Urgences</b>	
Nombre de lit en UHCD	0
<b>Activité Hospitalière SMR</b>	
<b>Soins Médicaux et de Réadaptation</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
<b>Activité Hospitalière SLD</b>	
<b>Soins de longue durée</b>	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
<b>Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)</b>	
<b>Chirurgie et interventionnel</b>	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
<b>Activité Hospitalière PSY</b>	
<b>Psychiatrie et santé mentale</b>	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	67
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	67
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)	0
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	Audit système	Dynamique d'amélioration		
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
3	Audit système	Maitrise des risques		
4	Audit système	Risques numériques – Gouvernance		
5	Audit système	Engagement patient		
6	Audit système	Coordination territoriale		
7	Audit système	Représentants des usagers		
8	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
9	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Audit système	Leadership		
11	Audit système	QVT & Travail en équipe		
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

13	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique injectable
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique per os
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ou EI presque grave selon la liste fourni par l'ES
20	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
21	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
23	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

