HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE LES BRUYÈRES

53, rue de douai
59165 Auberchicourt



Validé par la HAS en Novembre 2023

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 – Novembre 2023

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 2023 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 évaluéepar 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, siune 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

• des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé

• des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement.

Présentation

CLINIQUE LES BRUYÈRES	
Adresse	53, rue de douai 59165 Auberchicourt FRANCE
Département / Région	Nord / Hauts-de-France
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	590002234	CLINIQUE LES BRUYERES AUBERCHICOURT	53, rue de Douai 59165 Auberchicourt FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

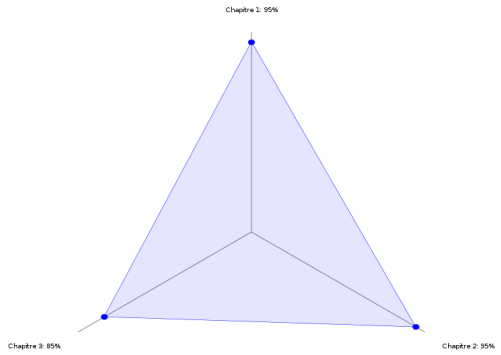
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

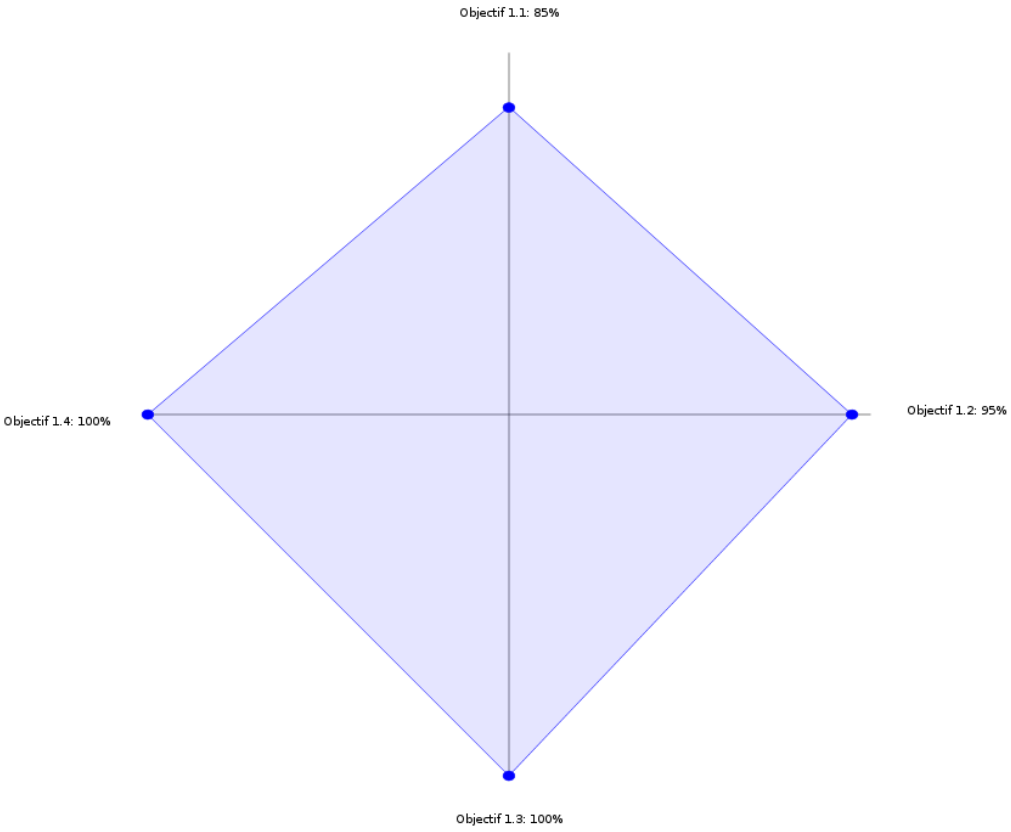
Au regard du profil de l'établissement,94 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



95%

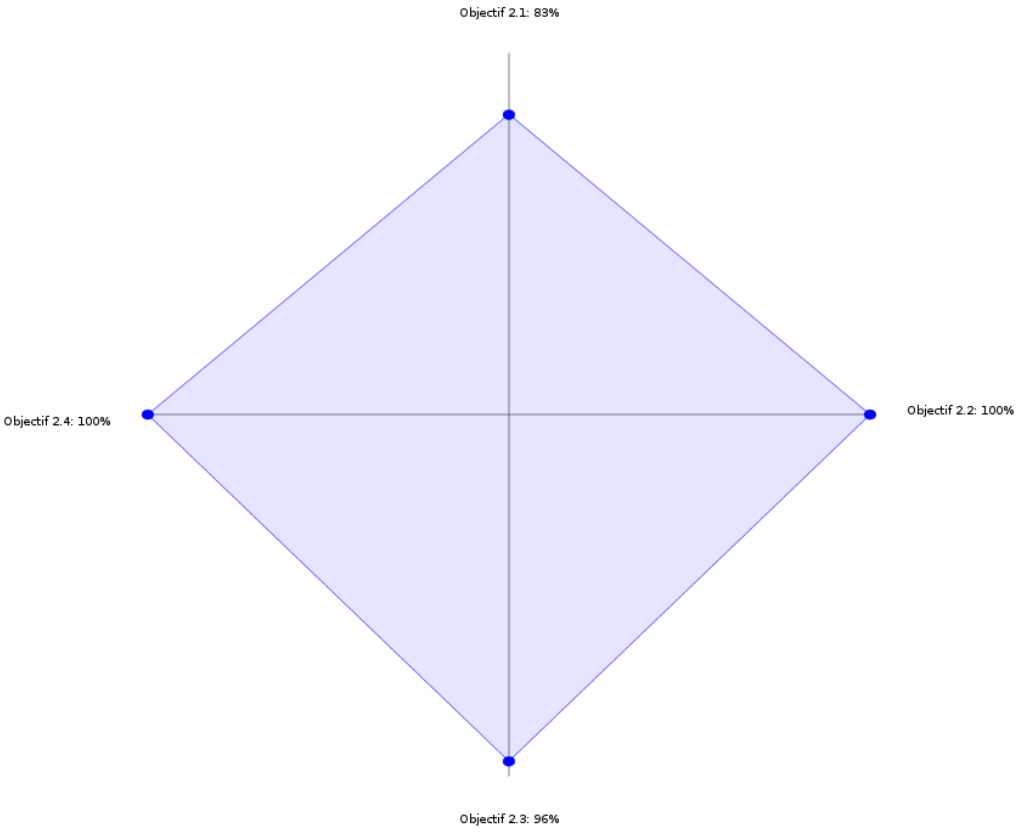
du score maximal

Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1,2	Le patient est respecté.	94%
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 les Bruyères est un établissement de santé privé rattaché au réseau d'hospitalisation privée d'addictologie (HPA) de 60 lits d'hospitalisation complète (HC) et 15 places d'hôpital de jour (HJ) en soins médicaux et de réadaptation (SMR) spécialisés dans la prise en charge des affections liées aux conduites addictives. Le patient reçoit les informations nécessaires sur son état de santé. Le livret d'accueil remis au patient lors de l'admission, la charte du patient hospitalise?, la charte Romain Jacob, et les coordonnées des membres de la Commission des usagers (CDU) affichées dans la clinique constituent les outils principaux mis en place pour lui assurer une information adaptée sur ses principaux droits. Des supports d'information et de communication sur les messages de sante? publique et de prévention primaire (tabac, alcool, drogues, nutrition, médicaments psychotropes, dépistages...) sont affichés ou a? disposition dans le hall d'accueil. Les

patients en HJ ont accès à moins d'informations. Le livret d'accueil de la clinique (HC, HJ) remis dès l'entrée aux patients est complet et à disposition. Le patient est impliqué et son consentement aux soins est recherche ? en associant a? cette réflexion et avec son accord, les proches dès l'admission et tout au long du séjour. Le patient confirme être informé sur sa maladie, son traitement, sa prise en charge et les activités proposées. Le patient se sent impliqué dans les soins qui lui sont proposés. Les directives anticipées ne font pas l'objet d'une information dans le livret d'accueil et les patients rencontrés ne se sentent pas sensibilisés sur ce sujet. Le patient se dit informé sur la personne de confiance et la personne à prévenir et la traçabilité de ces informations est effective. Il est sollicité sur son expérience dans les groupes de parole, les questionnaires croisés (douleur, bientraitance), les questionnaires de satisfaction. Cependant, les patients ne connaissaient pas le rôle des représentants des usagers et la possibilité? de les solliciter, ni l'information pour déclarer tout évènement indésirable malgré? un affichage de ces informations. La structuration des locaux et les équipements ainsi que l'organisation de la prise en charge permettent le respect de l'intimité? et de la dignité? du patient. De même, la confidentialité? des informations le concernant est respectée a? toutes les étapes de son parcours de soins. En HC, plus de la moitié des chambres sont individuelles, équipées de douches et sanitaires. Pour les chambres à deux lits, des paravents sont à disposition en période d'essai avant un déploiement pour l'ensemble des chambres. Le patient dispose de la clef de sa chambre. Il peut fermer sa chambre de l'extérieur mais pas de l'intérieur ce qu'un patient rencontré confirme ne se sentant pas respecté dans son intimité. Les informations lui sont données dans le respect de la confidentialité?. Le patient exprime ses besoins et préférences a? l'admission et tout au long du séjour. Ces informations sont prises en compte et participent a? l'élaboration et au réajustement du projet de soins. Les professionnels veillent à préserver l'autonomie du patient dans les gestes de la vie quotidienne pour favoriser la réadaptation et la réinsertion avec la mise en place d'une cuisine thérapeutique, d'activités physiques adaptées, d'activités de socialisation (sorties, marche…). Le soulagement de la douleur du patient fait l'objet d'une attention particulière. L'évaluation de la douleur est recueillie systématiquement à l'entrée par l'infirmier et le médecin (avec l'échelle EN choisie par l'établissement) et réévaluée avec la même échelle si le patient est douloureux. Un traitement médicamenteux est prescrit en fonction de la cause et de son intensité. Cependant, la prescription conditionnelle avec des interdoses définies (si besoin) n'est pas reliée à un niveau d'échelle. Suite à la visite l'établissement déclare avoir changé les paramètres du DPI afin de préciser les niveaux de douleur pour toute prescription d'antalgique en « si besoin ». Un questionnaire croisé patient/professionnel de prise en charge de la douleur a permis l'analyse de l'expérience patient. Les proches et/ou aidants sont associés, avec l'accord du patient, a? la mise en œuvre du projet de soins. Ils sont présents, leur avis est recherche? dès que nécessaire et tout au long de la prise en charge. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires et modalités de visite spécifiés dans le livret d'accueil et la mise a? disposition de locaux ou d'espaces dédiés. Le maintien du lien social est pris en compte dans l'organisation des soins. La présence d'une assistante sociale permet d'apporter une aide au patient et /ou famille et notamment pour le patient en situation de précarité? pour qu'il bénéficie de dispositifs adaptés en matière d'aide sociale. Les conditions de vie et de lien social du patient sont recueillies dès l'admission par les infirmiers et une demande auprès de l'assistante sociale est organisée dès que nécessaire soit à la demande de l'équipe ou du patient lui-même. Le développement des compétences et des habilités sociales des patients accueillis est promu dans l'établissement. Les conditions de vie sont prises en compte pour les éventuelles démarches à effectuer et les aides à mettre en place à sa sortie. L'assistante sociale présente une journée par semaine accompagne le patient dans ses démarches sociale, administrative, juridique et professionnelle sur rendez-vous pris auprès du secrétariat de l'établissement. Elle est en lien avec les assistantes sociales de secteur du patient dès que nécessaire.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



95%

du score maximal

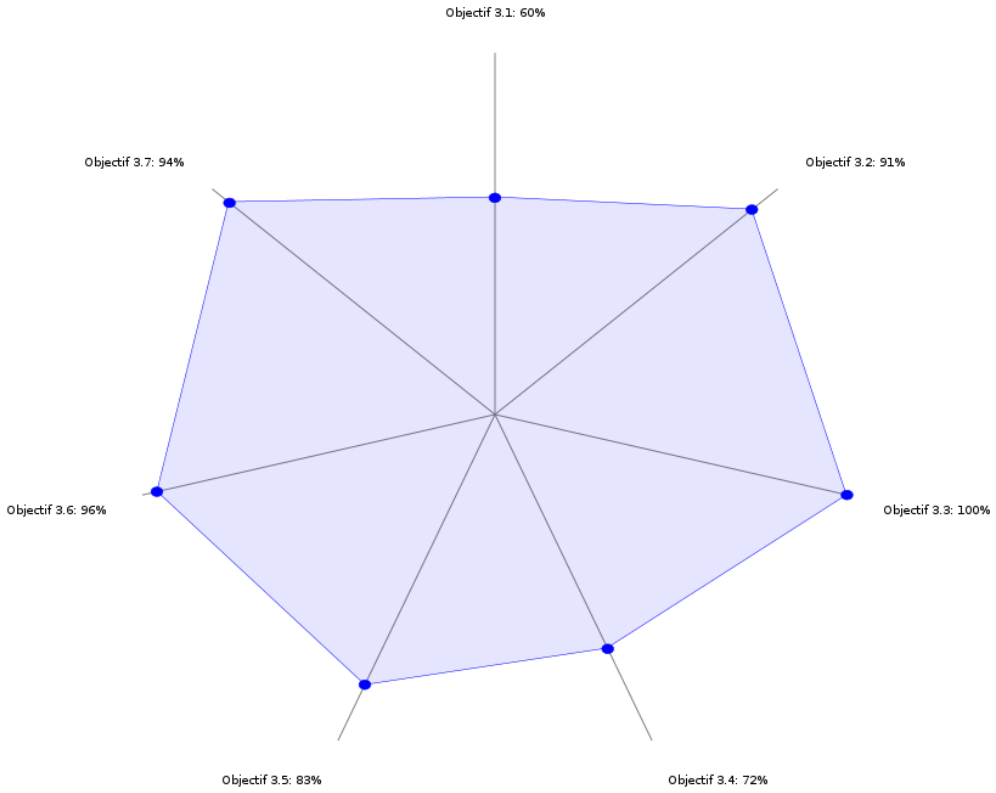
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	83%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe. Les décisions de prise en charge reposent sur la capacité des équipes à se concerter et à rechercher collectivement les solutions les mieux adaptées pour le patient. Les équipes s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles disponibles dans la gestion documentaire du réseau. La taille de l'établissement favorise les ajustements mutuels et la fluidité des parcours. Pour une admission à la clinique, un dossier de préadmission transmis par courrier, mail, télécopie ou téléchargeable sur son site internet doit être renseigné par l'adresseur et le patient. L'admission est actée après étude du dossier par un médecin de la structure avec l'équipe pluridisciplinaire pour les situations les plus complexes. La demande d'admission ne se réalise pas systématiquement en équipe pluridisciplinaire. Le secrétariat confirme par téléphone au patient son admission.

A son arrivée, chaque patient est accueilli par la secrétaire pour le dossier administratif, bénéficie d'une première évaluation médico-psycho-sociale réalisée par l'infirmière puis un médecin de la structure. Un contrat de séjour est signé par le patient. Des évaluations addictologiques, psychologiques, de condition physique sont réalisées durant la première semaine d'hospitalisation permettant la mise en place d'un projet de soins personnalisé co-construit avec le patient. Les patients sont adressés principalement par leur médecin traitant, une structure hospitalière, les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les unités d'addictologie clinique (UAC), les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), les médecins d'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) ou du service médico-psychologique régional (SMPR), les équipes de psychiatrie. Les admissions et les sorties sont organisées les deux premiers jours de la semaine. La prise en charge repose sur une participation active du patient. Le contrat de soin en HC est de 6 semaines minimum et de 30 séances en HJ. Chaque patient bénéficie d'un référent médical. Le programme de soins en HC est décliné dans le livret d'accueil et présenté au patient à l'admission : le sevrage, le maintien et la consolidation de l'abstinence en groupe ou en individuel, les activités psychothérapiques avec les psychologues (tests, entretiens individuels, groupes), les mises en situation, les informations sur la maladie, les activités de relaxation (sophrologie), les séances d'activités physiques adaptées et les rencontres avec les associations d'abstinents. Le projet de soins individualisé synthétise les objectifs de soins et la coordination des professionnels facilite l'évaluation de ce projet. Celui-ci est réévalué en deuxième et quatrième semaine d'hospitalisation. En HJ, le programme de soins vise soit le maintien de l'abstinence, soit la réduction des risques et dommages. L'ensemble de l'équipe soignante veille à construire et consolider l'alliance thérapeutique avec le patient tout le long du séjour. La prescription initiale d'antibiotiques est effectuée par le médecin généraliste. Celui-ci réalise la réévaluation entre la 24ème et la 72ème heure aux vues des résultats cliniques et de l'antibiogramme. Une formation en e-learning du réseau HPA sur le bon usage des antibiotiques est proposée. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluri professionnelle et pluridisciplinaire tout au long de son parcours (transmissions, réunions institutionnelles et réunions cliniques de synthèse/bilan). Le dossier patient informatisé et les temps de transmissions entre équipes permettent a? tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de tracer et de partager en temps utile tous les éléments nécessaires à une prise en charge de qualité. Le dossier du patient est complet et structuré, le projet de soin individualisé, adapté et réévalué. Il est accessible a? l'ensemble des professionnels impliqués (médecins, infirmiers, aide-soignant, auxiliaires de vie sociale) et retrace les orientations de la prise en charge pluridisciplinaire y compris celle des équipes transversales (assistante sociale, psychologue, neuropsychologue, professeurs en activité physique adapté). De nombreuses activités sont proposées. Dans le cadre de la sortie, l'organisation de la poursuite des soins est organisée et une lettre de liaison est remise au patient le jour de sa sortie, adressée au médecin traitant et/ou spécialiste, au professionnel adresseur, à la structure d'aval. L'alimentation du dossier médical partagé et la messagerie sécurisée facilitent les coordinations. Un dispositif de gestion des risques et de vigilances sanitaires est opérationnel. Les alertes de vigilances ascendantes et descendantes sont connues des équipes et la gouvernance a organisé la coordination avec les structures régionales et nationales en cas de nécessité. Les équipes veillent au respect des bonnes pratiques d'identification du patient (identification unique a? toutes les étapes de la prise en charge, règles de saisie, vérification de l'identité?, photo dans le dossier du patient). La clinique ne possède pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), ni de pharmacien dans l'établissement. Elle a conventionné avec une officine de ville. Les prescriptions sont conformes aux attendus mais l'analyse pharmaceutique n'est pas réalisée par la pharmacienne de l'officine, celle-ci n'ayant pas accès au dossier informatisé du patient. La dispensation nominative effectuée par l'officine se fait dans de bonnes conditions de transport (boites scellées...) à l'exception du transport des produits thermosensibles. En cas d'anomalie dans la prescription, le pharmacien émet un avis par téléphone. Les prescriptions pour les patients de l'HJ sont effectuées par le médecin de ville. Pour ces patients, les médicaments sont toujours auto-administrés. Les modalités d'approvisionnement des produits de santé répondent aux besoins des professionnels et les ruptures de stocks sont gérées. L'administration est réalisée dans la confidentialité, les traitements sont identifiables, un projet de

sur-étiquetage est en réflexion avec l'officine de ville. Il a été retrouvé un produit périmé dans le sac d'urgence concernant un médicament délivré exclusivement en pharmacie hospitalière. La clinique s'engage à se rapprocher d'un établissement de santé pour la délivrance du médicament. Les pratiques sont conformes aux attendus pour la gestion des stupéfiants (prescription, dispensation, transports, stockage dans des coffres sécurisés, double contrôle, procédure). La clinique a élaboré une procédure pour le circuit du médicament. Les médicaments à risques sont maîtrisés : liste affichée dans la salle de soin, identification par une étiquette, alerte sur le dossier informatisé, audit sur l'utilisation des médicaments à risque. Pour la sortie du patient, le traitement est expliqué au patient et la lettre de liaison comporte le bilan thérapeutique. La mise en application des précautions standards et complémentaires, les bonnes pratiques d'hygiène des mains, le zéro bijou, le respect des recommandations vaccinales pour les professionnels de santé?, les bonnes pratiques d'antibiothérapie, l'implication de l'hygiéniste contribuent a? la maitrise du risque infectieux au sein de la structure. Les équipes évaluent leurs pratiques concernant le risque infectieux par différents audits et grille d'observation (quick audit hygiène des mains, pulpe-friction, consommation de solutions hydro alcooliques, précautions standards, prévention des accidents d'exposition au sang, les soins techniques) permettant ainsi la mise en place d'actions d'amélioration inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité sécurité des soins (PAQSS). Des professionnels ont participé à la journée internationale de l'hygiène des mains en 2022. Des actions d'évaluation des pratiques sont conduites à l'échelle de l'établissement notamment des patients traceurs, des comités de retour d'expérience (CREX), des évaluations de pratique professionnelle (EPP prise en charge en activité physique adaptée des patients atteints de polynévrite, pertinence des admissions, prise en charge de la douleur physique, prise en charge des troubles cognitifs sévères liés à l'alcool), des audits, le suivi d'indicateurs propres au service (personne de confiance, surveillance de la douleur à l'entrée, identification du risque suicidaire, évaluation sociale, projet de soin et sa réévaluation, lettre de liaison, directives anticipées). Les professionnels invitent les patients a? exprimer leur satisfaction et leur ressenti tout au long du séjour avec e-satis et un questionnaire de satisfaction. Les évènements indésirables associés aux soins dont les presqu'accidents sont déclarés en papier et font l'objet d'une analyse en équipe et les actions d'amélioration sont retrouvées dans le PAQSS. La déclaration en informatique est en cours de déploiement. Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse (Alarm) et les équipes ont un retour de leurs déclarations et des analyses. Un bilan annuel des EIAS est formalisé.

Chapitre 3 : L'établissement



85%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	60%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	72%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	83%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

La clinique participe aux projets territoriaux de parcours et son positionnement au sein du territoire facilite et fluidifie les parcours de soins. Son projet d'établissement 2023-2027 validé en mai 2023 a été élaboré au regard du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et du projet régional de santé Haut de France. L'activité du SMR s'inscrit dans la filière de soins en addictologie (CSAPA, UAC, ELSA, psychiatrie, médecine

polyvalente…). C'est un acteur repéré sur le territoire. Des conventions de coopération et de partenariat en cours de réactualisation sont formalisées. La clinique a participé au diagnostic territorial du dispositif d'appui à la coordination « Appui Santé Lille Sud Est-Douaisis » sur la thématique « addictions/santé mentale ». Durant la visite de certification, la clinique s'est inscrite à la communauté professionnelle de territoire de santé (CPTS) du grand Douaisis. La clinique n'a pas mis en œuvre de politique « d'aller vers ». La gouvernance ne repère pas les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche. La clinique prend en compte les problématiques d'accès aux soins tant pour les vulnérabilités sociales que pour l'accessibilité à ses locaux. La clinique, dans sa partie neuve, bénéficie de chambres accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR), son ascenseur avec un guidage vocal et une dictée en braille permettent un accès facilité pour les malvoyants et non-voyants. L'accessibilité dans les locaux anciens ne permettent pas une accessibilité à toutes les formes de handicap (PMR et malvoyants/non-voyants). L'installation d'une rambarde d'accès à l'extérieur était en cours pendant notre visite. Les questionnaires de satisfaction, les groupes de paroles, les entretiens médicaux et paramédicaux favorisent l'engagement des patients individuellement et collectivement. Ces rencontres avec les patients sont des lieux d'expressions et d'échanges de leurs attentes. La présence active des associations d'abstinents renforce l'engagement du patient dans son parcours de soin. Un recueil de l'expérience patient a été initié dans les questionnaires de satisfaction et les questionnaires douleur et bientraitance. Le recueil des plaintes, réclamations et éloges est organisé et présenté aux représentants des usagers (RU). Les actions d'amélioration alimentent le PAQSS. Les professionnels sont identifiables dans le service. Les valeurs du réseau HPA : optimisme, écoute et persévérance sont portées par les équipes et les conditions d'exercice, des pratiques sont axées sur la bientraitance et la lutte contre toutes formes de maltraitance. Le respect des patients est promu au sein de la structure. Les professionnels sont sensibilisés et formés. Une procédure décrit les différentes formes de maltraitance et les circuits de traitement et de signalement. La gouvernance diffuse les recommandations de bonnes pratiques pour lutter contre la maltraitance. Un questionnaire croisé « bientraitance » pour les patients intégrant l'expérience patient et les professionnels a été élaboré. L'accès du patient a? son dossier est organisé? et suivi par la CDU. Les RU sont pleinement associés a? la CDU, a? la vie de l'établissement et donnent leurs avis sur les projets d'amélioration de la vie quotidienne. Ils ont connaissance des événements indésirables déclarés et analysés, des retours des questionnaires de satisfaction. Cependant, le projet des usagers n'est pas formalisé à ce jour. La politique qualité gestion des risques est définie. Elle est portée par la direction du réseau et de la clinique, les médecins, la qualiticienne du réseau HPA, l'infirmière coordinatrice et le professeur en APA. L'arrivée d'un nouveau directeur au sein de la clinique en avril 2023 nécessite une restructuration des missions de chacun dans la démarche qualité de la gouvernance aux professionnels de terrain en lien avec la directrice qualité du réseau HPA. Un comité de pilotage (COPIL qualité et gestion des risques) centralise les données de la clinique et remonte les données au niveau du réseau HPA. Les professionnels sont associés à la démarche. La politique qualité est déclinée en actions concrètes sur le terrain. Les pilotes de processus conduisent les actions du PAQSS. La culture sécurité des soins a été évaluée et les actions d'amélioration inscrites dans le PAQSS. La formation initiale et continue des professionnels et la pluridisciplinarité permettent d'assurer l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et la sécurité des soins. Chaque salarié se voit remettre un livret d'accueil du nouveau collaborateur, une procédure d'intégration, une fiche de poste… Le réseau HPA accompagne ses collaborateurs « manager » dans leurs fonctions : livret des fonctions du manager, formations, réunions, coach en management, valeurs partagées, autoévaluation. Au niveau du réseau HPA, un club des infirmières coordinatrices leur permet des échanges sur leurs pratiques. L'établissement s'assure des compétences des professionnels et organise les remplacements et prises de poste. Le travail en équipe est favorisé. C'est un axe fort de la clinique. Il existe un dispositif de synchronisation du temps médical, des paramédicaux et des autres professionnels : staffs journaliers, réunions institutionnelles, réunions cliniques/de synthèses/de bilans. La recherche des besoins en formations est réalisée par le biais d'entretiens individuels auprès de chaque professionnel. Des formations en e-learning du réseau, en externe sont proposées. Les missions et les compétences des professionnels sont évaluées dans le cadre d'un entretien d'évaluation annuel. La clinique

favorise les démarches collectives ou les collaborations visant a? l'amélioration du travail en équipe. Les professionnels ont des espaces de réflexions institutionnels qui leur permettent de faire des propositions sur l'organisation du travail. La réflexion éthique est intégrée au quotidien dans la prise en charge du patient cependant il n'y a pas de structuration du questionnement éthique (état des lieux, sensibilisation/formation, cadre opérationnel, ressources externes, association des RU). Un diagnostic qualité de vie au travail (QVT) a été réalisé? à partir d'un questionnaire destiné aux professionnels du réseau, en cours d'analyse. Une déclinaison de la QVT du réseau HPA est formalisée dans le socle de la politique ressources humaines avec ses valeurs : le degré d'autonomie et de responsabilité, l'ambiance, le droit à l'erreur, l'intérêt du travail, les conditions de travail, la reconnaissance et la valorisation du travail effectué, le sentiment d'implication. Elle se traduit par des actions concrètes : semaine supplémentaire de congés payés, prime de cycle, application mobile du réseau, mutuelle, journées festives… La gestion des conflits est organisée avec la possibilité de recours à un médiateur. Cependant, les professionnels ne bénéficient pas de dispositifs d'écoute pour un soutien psychologique en dehors de la clinique. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maitrisée au sein de la clinique avec un plan blanc en cohérence avec le plan ORSAN. Les risques numériques sont maitrisés. Une politique de sécurité du système d'information est formalisée, un rapport d'audit cybersécurité a été effectué en 2020. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une présentation du fonctionnement du système d'information (SI) de la clinique. Les professionnels bénéficient d'un login et mot de passe qu'ils changent régulièrement et connaissent le mode dégradé du SI. Une lettre de sensibilisation au règlement général de protection des données personnelles (RGPD), une charte de bon usage des systèmes d'information, le consentement à l'application au réseau HPA, le droit à l'image sont intégrés dans le livret d'accueil du personnel. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée (coffres personnels pour les patients, alarme). Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable (DD) sont pris en compte au niveau de la clinique. Les consommations d'eau et d'énergie sont suivies et analysées. Le bâti récent a tenu compte des nécessités de DD. Les urgences vitales sont organisées. Les professionnels de soins sont formés et un défibrillateur semi-automatique (DSA) contrôlé chaque jour, des sacs d'urgence contrôlés mensuellement et scellés sont a? disposition des professionnels. En cas d'urgence vitale, un numéro d'appel unique et direct, affiché pendant la visite, est connu des professionnels. La clinique a organisé un exercice de mise en situation. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles sont accessibles aux équipes dans la GED et la clinique et le service qualité du réseau HPA assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales (veille documentaire) et des dispositions légales et règlementaires (veille juridique). La politique du processus « management de la qualité? et gestion des risques » est élaborée et validée par le COPIL Qualité?. Elle est présentée aux instances de l'établissement. Elle définit les axes stratégiques permettant sa mise en œuvre. Le PAQSS intègre les résultats des questionnaires prenant en compte l'expérience patient et la contribution des usagers. Cependant, les équipes de connaissent pas les recommandations de la CDU qui ne sont pas formalisées à ce jour. Les résultats des indicateurs qualité propres à l'établissement et les indicateurs nationaux (IQSS) sont présentés aux membres de la CDU. Les évènements indésirables associés aux soins dont les presqu'accidents sont déclarés et analysés en équipe. Les évènements signalés ainsi que les actions d'amélioration qui découlent de leurs analyses font l'objet d'une communication régulière au COPIL qualité. Les modalités de déclarations et d'analyses des évènements indésirables graves sont connues. Un bilan annuel de ces déclarations est diffusé aux équipes, au COPIL qualité et à la CDU. Une charte d'incitation au signalement des évènements indésirables est remise à chaque professionnel à son arrivée dans l'établissement. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à renforcer l'information des patients sur leurs droits, systématiser l'analyse pharmaceutique des prescriptions, poursuivre le travail engagé sur la gestion des urgences vitales.

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
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	590002234	CLINIQUE LES BRUYERES AUBERCHICOURT	53, rue de Douai 59165 Auberchicourt FRANCE
Établissement principal	590791109	CLINIQUE LES BRUYERES	53, rue de douai 59165 Auberchicourt FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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	Non
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
Ambulatoire	
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
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
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	52
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)	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	QVT & Travail en équipe		
2	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
3	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		A mettre NA
4	Audit système	Coordination territoriale		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Hygiène des mains
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards & complémentaires
8	Audit système	Représentants des usagers		
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
10	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi par l'expert-visiteur
11	Audit système	Leadership		
12	Audit système	Maitrise des risques		
13	Audit système	Dynamique d'amélioration		
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique	

			Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
15	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
16	Audit système	Engagement patient		
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament per os antibiotique
18	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
20	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique	

21			Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	

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



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

© Haute Autorité de santé – Novembre 2023