



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE DES DEUX
CAPS**

80 rue des longues pieces
62231 Coquelles



Validé par la HAS en Décembre 2024

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 – Décembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

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

- 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 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 sous conditions de l'établissement.

Présentation

CLINIQUE DES DEUX CAPS	
Adresse	80 rue des longues pieces 62231 Coquelles FRANCE
Département / Région	Pas-de-Calais / 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	620027763	SAS CLINIQUE DES DEUX CAP	Les longues pieces 62231 COQUELLES 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
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
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
Soins critiques
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **111** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Le patient et/ou son entourage bénéficient des informations nécessaires et adaptées à sa compréhension ce qui facilite son implication et/ou celle de ses proches. Pour les situations complexes, (notamment les personnes âgées, vulnérables, en situation de précarité et/ou de handicap, les mineurs) le patient bénéficie de dispositions répondant aux difficultés identifiées. Les patients pris en charge pour une pathologie cancéreuse sont intégrés dans un parcours spécifique et sont informés à toutes les étapes de leur prise en charge. Les patients reçoivent des supports d'information adaptés à leur pathologie. L'établissement a complété, en cours de visite, la mise à disposition des messages de santé publique dans les espaces d'accueil, les services.

Les explications documentées relatives à ses droits sont fournies au patient par l'intermédiaire du livret d'accueil. Son consentement libre et éclairé est recueilli et tracé. L'identification de la personne de confiance est systématique et tracée. Les patients rencontrés avaient en majorité été informés de leurs droits à rédiger ses directives anticipées. L'établissement a conscience de la nécessité de mettre en œuvre des dispositions permettant d'aborder plus systématiquement la question. En matière de contention, les dispositions sont prises et constatées dans quelques dossiers consultés, pour informer le patient et/ou ses proches, réévaluer le maintien. Toutefois, pour le seul patient concerné rencontré (mise en place de barrières la nuit), l'information, aux dires du patient, n'avait pas été délivrée, la prescription et les réévaluations n'étaient pas tracées. Le médecin référent de l'unité de médecine qui coordonne le comité d'éthique a organisé la formation des professionnels sur ce thème.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantés (DMI) est assurée au sein du dossier informatisé lors de la pose au bloc opératoire. La traçabilité en post opératoire ne correspondait pas aux attendus dans deux situations observées : l'identification du DMI figurait dans le compte rendu opératoire (CRO) mais pas dans la lettre de liaison, l'information qui figurait dans le CRO ne comportait pas aux références (n° de lot...) et n'était pas intégrée à la lettre de liaison. Le patient rencontré et concerné par la situation n'avait pas reçu la carte d'implant, le chirurgien invoquant son souhait de ne pas assurer de publicité pour le fournisseur.

Pour la chirurgie ambulatoire le patient est contacté la veille pour rappeler les consignes à respecter. Les enfants sont accueillis et pris en charge (quasi exclusivement en mode ambulatoire), dans un environnement adapté sur tout le parcours, les professionnels sont formés à cet effet. Un contact téléphonique est établi le lendemain de l'hospitalisation ou le lundi pour les interventions du vendredi.

Les patients sont informés par le livret d'accueil, de l'existence, du rôle des représentants des usagers (RU), des coordonnées pour les contacter, ainsi que de la conduite à tenir pour déclarer un événement indésirable ou déposer une plainte ; mais lors des rencontres tous ne connaissaient pas ces éléments. L'affichage des coordonnées des RU a été modifié en cours de visite pour améliorer la visibilité de l'information.

Si la majorité des patients rencontrés connaissaient les dispositions relatives à l'alimentation et la consultation de leur dossier médical au sein de « Mon Espace Santé » (MES) tous ignoraient la nécessité d'éviter l'utilisation d'une messagerie non sécurisée en matière de communication par Internet avec un professionnel ayant contribué à sa prise en charge. Parmi les informations diffusées au patient pour inciter à l'utilisation de MES, aucune ne précise la possibilité de refuser l'intégration des documents.

Le patient bénéficie du respect de ses droits. Les observations réalisées lors de la visite confirment que les pratiques des professionnels sont respectueuses et bienveillantes tout au long du parcours. Toutes les chambres ne disposent pas encore d'une douche notamment en chirurgie, en médecine (8 chambres sur 27) et pour les 4 chambres à 2 lits en unités de soins médicaux de réadaptation (SMR). Cela a été regretté par certains patients rencontrés. L'établissement prévoit de remédier progressivement à cette situation, la taille des cabinets de toilette le permettant. En effet, l'établissement a intégré dans son plan d'amélioration des travaux

de réfection de chambre avec réalisation de douche. En service d'accueil non programmé l'établissement s'est engagé à remédier à la situation observée qui nécessite, pour l'accès au local de stockage des médicaments, de traverser un box de soins utilisé notamment en cas de « déchocage ».

L'accueil du patient mineur bénéficie d'une organisation adaptée. Un circuit spécifique est identifié : hébergement centralisé en hospitalisation ambulatoire avec chambres et lits adaptés et présence systématique d'un parent, espace spécifique délimité en salle de soins post interventionnelle. L'utilisation ludique d'une voiturette est plébiscitée jusqu'à l'entrée du bloc opératoire puis relayée par une tablette permettant de le divertir jusqu'en salle. En salle de surveillance post interventionnelle, l'utilisation systématique de paravents évite aux enfants la vision des adultes en phase de réveil tout en préservant la surveillance visuelle de l'ensemble des patients par les soignants. Les soignants qui interviennent auprès des enfants ont été formés aux spécificités de leur prise en charge.

Le patient en situation de handicap, identifié en amont de l'hospitalisation, bénéficie de l'attention des personnels dès l'accueil. Le patient à mobilité réduite ne rencontre pas d'obstacle à l'accessibilité des locaux. Si les ascenseurs disposent des équipements adéquats, l'ensemble des locaux n'est pas encore équipé des agencements relatifs à l'accueil des personnes mal voyantes ; la situation est compensée par les professionnels.

Dès l'entrée, le patient est interrogé sur l'existence d'un état douloureux. Sa douleur est évaluée et soulagée pendant tout le séjour. La prévention et la lutte contre la douleur sont supervisées par le comité de lutte contre la douleur coordonnée par un médecin anesthésiste réanimateur. Des référents douleur dans les unités et les dispositifs techniques en nombre suffisant contribuent à renforcer la prévention et la prise en charge des phénomènes douloureux. Les résultats des indicateurs IQSS 2022 et 2023 (88%) identifient une marge de progrès. Les modalités de prescription d'antalgiques « si besoin » ne sont pas corrélées, dans tous les secteurs, aux résultats de l'évaluation chiffrée de la douleur du patient selon une EVA (échelle visuelle analogique). Le constat partagé avec les professionnels fera l'objet d'évaluations pour apprécier le respect de la bonne pratique.

Les proches sont associés lorsqu'une difficulté de compréhension est identifiée et notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité. Le patient peut disposer, même en permanence, de la présence d'un proche. La traçabilité des difficultés éventuellement identifiées sont partagées entre professionnels et tracées au sein du dossier.

Le patient en situation de vulnérabilité bénéficie d'une attention particulière notamment avec la participation active de l'assistante sociale, de la psychologue, de l'ergothérapeute et de la diététicienne permettant de répondre aux difficultés identifiées. Les conditions de vie à domicile sont prises en compte dès son admission pour organiser le retour à domicile du patient. Le passage de l'ergothérapeute au domicile du patient pour optimiser si besoin, son retour, est envisagé.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les professionnels n'évaluent la pertinence de leurs actes que dans quelques domaines par exemple transfusion, antibioprophylaxie. L'établissement, dont les prises en charge sont en majorité ambulatoires (82% des séjours à date) ne recourt que rarement au transfert de patients en hospitalisation à domicile. Le retour des patients à domicile bénéficie fréquemment, sur prescription médicale, d'un service prestataire du groupe qui coordonne la sortie et permet de garantir la continuité de la prise en charge soignante et sociale.

Si la pertinence du maintien de la prise en charge en soins médicaux de réadaptation est évaluée pluri professionnellement, la demande d'admission est gérée directement par le médecin référent, sans équipe pluriprofessionnelle. Les professionnels signalent que cela permet de répondre rapidement aux demandes faites par l'intermédiaire du logiciel « Trajectoire ».

Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie et en évaluent la mise en œuvre et notamment le respect du délai d'administration. Un médecin anesthésiste, référent en antibiothérapie répond aux questions relatives à l'utilisation des antibiotiques en lien avec les pharmaciens dont l'un est titulaire d'un DU d'antibiothérapie. Il assure l'élaboration et le suivi des protocoles notamment pour l'antibioprophylaxie (en référence aux recommandations de la SFAR). La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} et 72^{ème} heure est auditée mais n'est pas encore systématique (72% lors du dernier audit de février) tout comme la justification d'une durée supérieure à 7 jours (indicateur national 80%). Les praticiens obtiennent aisément l'avis d'infectiologues du centre régional d'infectiologie des Hauts de France. Les indicateurs nationaux, relatifs aux infections du site opératoire pour la chirurgie prothétique de la hanche et du genou identifient, pour l'établissement, des résultats « similaires ou potentiellement meilleurs que prévu ». L'établissement n'a pas pu présenter, pour les médecins libéraux, les documents permettant d'attester de leur formation continue à l'utilisation des antibiotiques.

Les professionnels assurent le respect des bonnes pratiques transfusionnelles, le processus est sécurisé sous l'égide du comité d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle (CHST), présidé par un médecin hématologue, assisté d'un médecin anesthésiste. Lorsque le patient est transfusé il reçoit systématiquement une information pré transfusionnelle et post transfusionnelle. Son consentement est formellement recueilli avant l'administration des produits sanguins labiles. Les documents afférents sont remis à la sortie. Le dossier transfusionnel regroupe l'ensemble des documents nécessaires à l'acte transfusionnel. Les professionnels tracent l'argumentation et l'analyse bénéfique risque de l'acte transfusionnel et réalisent des audits de pertinence. L'établissement, disposant d'un dépôt d'urgence et relais de produits (concentrés globulaires, plasma frais congelé) est approvisionné par l'EFS de Lens, et a obtenu le renouvellement de son autorisation en janvier. La transfusion de produits sanguins fait l'objet d'un suivi attentif ; il n'y a aucune destruction de produit depuis 5 ans. Les professionnels sont formés afin d'assurer la continuité en cas de besoin la nuit et/ ou le WE.

Les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles sont actualisés et disponibles numériquement. Une équipe de treize auditeurs internes formés facilitent la réalisation d'audits et d'EPP (évaluation de pratiques professionnelles).

Les professionnels assurent la coordination de la prise en charge des personnes soignées dans les différents secteurs d'activité. L'organisation de la chirurgie ambulatoire et des prises en charge « RAAC » (récupération améliorée après chirurgie) contribue à cette coordination, la labellisation GRACE (groupe francophone de réhabilitation améliorée après chirurgie) pour plusieurs disciplines en témoigne. L'établissement a récemment réorganisé les unités ambulatoires en chirurgie et chimiothérapie pour améliorer la prise en charge des patients. Diverses dispositions sont mises en œuvre en amont de l'admission (qui peut être réalisée « en ligne

»). La plupart des professionnels veillent à l'exhaustivité et la mise à jour des informations médicales et paramédicales dans le dossier patient informatisé. Cependant, il a été constaté que, pour certaines activités, le courrier de consultation initiale d'adressage, établi au sein du cabinet libéral, n'était pas intégré au dossier ; ce point a été partagé avec les professionnels.

Pour les activités de cancérologie, les professionnels participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires réalisées dans un autre établissement. L'accès aux compétences externes nécessaires dans certaines situations et aux offres de soins complémentaires avec les établissements de santé du territoire et notamment ceux du groupe, est organisé. Plusieurs médecins exercent également dans d'autres structures du groupe. A date l'activité de télésanté est déployée dans le secteur d'oncologie (utilisation depuis le 2ème semestre 2023, d'une plateforme de télésurveillance médicale des patients, accessible au remboursement par l'assurance maladie). Un anesthésiste réanimateur et le médecin référent de l'unité de médecine réalisent des téléconsultations. Tous les professionnels rencontrés ne connaissaient pas encore les dispositions relatives à ces ressources.

Les professionnels associent le patient et/ou ses proches ou personne de confiance à la mise en œuvre du projet de soins et adaptent leurs pratiques à la diversité des situations. Les spécialités médicales organisent la continuité des soins par des astreintes en dehors de l'unité de soins médicaux de réadaptation pour laquelle, la nuit, les week-ends et jours fériés elle est assurée par le médecin urgentiste présent sur site. Ce dernier intervient également en cas d'urgence vitale à ces périodes.

Les professionnels utilisent la check-list « sécurité du patient » au sein du secteur interventionnel. Un audit de pratiques basé sur les recommandations de la HAS a été réalisé en décembre 2023 et a identifié quelques actions d'amélioration ; une réévaluation sera assurée en 2024. Des indicateurs d'activité (utilisation des vacances, des déprogrammations...) sont recueillis, analysés collectivement et diffusés régulièrement. Ils ont conduit à des modifications d'organisation (visant notamment à réduire le taux de débordement des vacances opératoires) et des effets positifs sont constatés. Les procédures d'ouverture des salles d'opération et de la salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) répondent aux impératifs de sécurité.

L'établissement dispose de deux lits de soins palliatifs identifiés. La démarche palliative est organisée sous l'égide du médecin référent du service de médecine disposant des compétences et diplômes nécessaires. Il organise les formations des professionnels de l'établissement. En complément des personnels médicaux et paramédicaux, différents professionnels interviennent dans la prise en charge des patients (assistant social, diététicienne, psychologue, ergothérapeute...).

Un courrier de sortie et/ou de liaison est remis au patient. L'indicateur national publié témoigne de l'attention accordée à ce point, notamment en secteur de soins médicaux de réadaptation. Toutefois, la pratique n'est pas homogène ; plusieurs courriers de liaison consultés lors de la visite, ne répondaient pas aux attendus. La gouvernance, en lien avec la CME, avait identifié la question, ciblé les praticiens susceptibles de progresser en leur communiquant le détail des éléments manquants et proposé de les accompagner pour y remédier.

Les professionnels sont formés à l'utilisation du logiciel dossier patient et aux règles d'identitovigilance. Les nouveaux recrutés bénéficient d'une période d'accompagnement selon l'évaluation faite avant l'intégration et le secteur d'activité d'affectation. Les professionnels connaissent les dispositions relatives aux vigilances sanitaires. Les procédures sont facilement accessibles. La permanence des dispositifs de réception et de déclaration est en place. L'identitovigilance fait l'objet d'une attention soutenue : les procédures sont parfaitement connues aux admissions (programmée et non programmées). L'appel INSi est largement systématisé car cela facilite la gestion globale du dossier. L'établissement affiche un taux d'identités qualifiées de 95%. Les patients portent un bracelet d'identification, une couleur spécifique identifiant les personnes à risque d'allergie connue.

Les professionnels sont attentifs au respect des bonnes pratiques relatives au circuit du médicament. Le circuit informatisé est sécurisé de la prescription à l'administration. L'analyse pharmaceutique avec intervention pharmaceutique est réalisée mais elle n'intègre pas encore les données du dossier pharmaceutique. Des revues d'erreurs liées au circuit du médicament (REMEDI) sont organisées à la suite des déclarations

d'évènements indésirables. Les dispositions sont prises pour pallier aux ruptures de continuité d'un traitement. La conciliation des traitements médicamenteux est en œuvre ; les professionnels ont identifié une population cible et l'augmentation du nombre de patients conciliés est en projet.

Cependant, plusieurs écarts aux bonnes pratiques ont été identifiés lors de la visite. Cela concernait :

Le stockage des médicaments thermosensibles dans des réfrigérateurs « domestiques » (absence de relevé de température les week-ends et jours fériés en unité d'hospitalisation de jour de chimiothérapie, d'alarme visuelle ou sonore, avec dispositif de surveillance de la température à aiguille très peu précis, porte du freezer intégré ne fermant pas en unité de soins continus) Le stockage du chlorure de potassium, situé à proximité immédiate d'une autre solution ionique (le NaCl 0,9% au bloc opératoire) ou rangé de manière inappropriée potentiellement générateur de risque de confusion (en PUI, aux urgences, et un autre service) Les médicaments à risques dont l'établissement avait fait le choix d'opter pour une liste commune à tous les secteurs d'activité. Ces constats ont été partagés avec les professionnels et la gouvernance. Les actions d'amélioration ont été mises en œuvre et constatées, pour certaines, avant la fin de la visite :

Récupération, le vendredi soir, des quelques médicaments thermosensibles placés dans le réfrigérateur de l'unité d'oncologie ambulatoire et re dotation le lundi matin Installation de sondes de température dotées d'une alarme visible et disposant d'un historique de trois mois dans les réfrigérateurs en place Vérification des conditions de de stockage du chlorure de potassium dans tous les lieux et modification dans les lieux où cela pouvait engendrer un risque Identification de trois secteurs d'activité avec adaptation de la liste des médicaments à risques : bloc opératoire, unité d'oncologie, unités d'hébergement Par ailleurs l'établissement envisage le regroupement, par étage, du stockage des médicaments thermosensibles dans des réfrigérateurs médicaux.

Au cours de la visite, les professionnels ont également modifié la traçabilité du parcours des produits préparés dans l'unité de reconstitution des cytostatiques d'une autre clinique du groupe situé à Boulogne sur Mer. Elle était incomplète au départ (le nombre de produits transportés par caisse n'était pas précisé, absence de traçabilité des scellés) et à l'arrivée il manquait la date l'horaire et l'identification de l'IDE).

Les équipes veillent à la continuité du traitement médicamenteux à la sortie du patient ; ils informent le patient et/ou ses proches et le médecin traitant des modifications apportées. Cependant, dans différentes situations observées le bilan thérapeutique n'était pas intégré dans les lettres de liaison. Lors des rencontres il n'a pas été retrouvé l'existence systématique d'un comparatif écrit pour les patients vulnérables concernant leur traitement habituel et après séjour. Sur ce point des actions sont mises en œuvre (ciblage des praticiens concernés), notamment depuis les constats identifiés à travers les audits de dossiers.

Les professionnels, soutenus par la gouvernance, le CLIN (présidé par une chirurgienne titulaire du DU d'hygiène) et la CME sont engagés pour maîtriser le risque infectieux. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) comprend une infirmière hygiéniste diplômée en 2023 et des référents en hygiène identifiés dans chaque service. Le suivi des prélèvements (air, eau, endoscopes...) est réalisé en équipe, notamment en lien avec la responsable du bloc opératoire et son adjointe. Un biologiste du laboratoire prestataire participe aux réunions du CLIN et de la CME et répond aux sollicitations des professionnels. Le suivi de la consommation des solutions hydroalcooliques est réalisé par service et les actions sont menées pour renforcer leur utilisation car l'indicateur national est en régression, les pratiques de certains professionnels ne privilégiant pas encore leur utilisation. La qualité de la préparation cutanée en secteur chirurgical est suivie par audit et a identifié la nécessité d'homogénéiser plus encore les protocoles au sein de certaines spécialités.

Les personnels veillent au respect des précautions standard permettant de maîtriser le risque infectieux (bionettoyage, hygiène des mains, port d'équipements de protection individuels, circuit du linge, des déchets ...). Ils sont formés, connaissent et mettent en application les bonnes pratiques de précautions complémentaires d'hygiène du patient. Quelques constats de port d'une alliance, de montre ou de bijoux par des professionnels médicaux ont été signalés.

Les observations réalisées au cours de la visite ont relevé la propreté de l'environnement du patient, des locaux et des surfaces extérieures.

Les professionnels connaissent les procédures et conduites à tenir pour prévenir le risque infectieux relatif aux dispositifs médicaux invasifs réutilisables et appliquent les bonnes pratiques pré, per et post interventionnelles à ce sujet. La stérilisation est externalisée au sein d'un autre établissement du groupe ; les événements indésirables identifiés à ce niveau sont suivis attentivement et font l'objet d'une analyse concertée.

L'établissement prestataire vient de finaliser le réaménagement des locaux dans le but d'optimiser le service rendu.

Les professionnels respectent les bonnes pratiques relatives aux abords vasculaires et drainage urinaire ; la traçabilité de la réévaluation du maintien n'a pas été retrouvée dans une des quatre situations investiguées la date de pose n'apparaissant pas clairement dans le dossier informatisé. Les investigations réalisées ont constaté leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse à certains risques spécifiques (hyperthermie maligne, installation du patient, risque AES...). La gestion du risque ATNC est réalisée selon les recommandations en vigueur. Les bonnes pratiques relatives aux réalisations des endoscopies sont respectées, les équipements sont adaptés aux besoins. La marche en avant est effective. Les avantages de l'installation d'une enceinte de stockage des endoscopes thermosensibles se heurte notamment à une contrainte de place. En matière de précautions standard et complémentaires les professionnels sont formés. Les audits préconisés par le GREPHH (groupe d'étude des pratiques d'hygiène hospitalière) sont réalisés. Les professionnels respectent les obligations vaccinales. Pour ce qui concerne les recommandations vaccinales contre la grippe saisonnière une politique de promotion est menée : campagne annuelle d'information, accès facile et gratuit à la vaccination. Le taux global par site est connu (35 %) mais le suivi du taux par service n'était pas organisé au moment de la visite.

L'évaluation du risque de dépendance iatrogène a été retrouvée dans une majorité de dossier.

Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'utilisation des rayonnements ionisants pour les actes réalisés au sein du bloc opératoire. Une personne compétente en radioprotection pilote les processus en lien avec l'encadrement du bloc. Les professionnels sont formés, disposent et utilisent les dispositifs de protection individuels et de dosimétrie active. L'intégration des doses de rayons au sein des dossiers patients est systématique pour l'imagerie réalisée au bloc opératoire et pour les examens réalisés au sein du cabinet d'imagerie privé situé sur le site mais l'information du patient des risques pour sa santé n'a pas été retrouvée. Les recommandations du dernier rapport de l'ASN sont mises en œuvre et le suivi du renouvellement des formations des professionnels en matière de radioprotection des patients et des personnels est assuré. La fonction transport interne entre les services et les secteurs interventionnels est supervisée par la responsable du bloc opératoire. Les personnels sont formés au respect des droits du patient (intimité, confidentialité...), des règles de prévention du risque infectieux, à l'identitovigilance et aux gestes d'urgence. Plus de 90% des patients se rendent au bloc opératoire en marchant ; cela est en place depuis plusieurs années. La satisfaction des patients à ce sujet est forte.

Les démarches d'évaluation des résultats cliniques pour une prise en charge spécifique sont peu développées. Par exemple, l'évaluation de la pertinence des séjours, des modalités de prise en charge en unité de soins critiques, taux de transfert, de réadmission, séjours longs n'est pas initiée. Pour ce qui concerne la chirurgie ambulatoire les indicateurs de ré hospitalisation publiés nationalement identifient pour les cinq actes ciblés des résultats « similaires ou potentiellement meilleurs que prévu ». L'établissement n'a pas présenté d'analyse de la pertinence des séjours basée sur des indicateurs d'alerte (par exemple taux de transfert, de réadmission, séjours longs...).

Toutefois, de nombreuses évaluations et audits mobilisent l'équipe d'auditeurs internes. Un programme annuel est défini et couvre tous les secteurs d'activité. Les domaines audités concernent le risque infectieux, le secteur interventionnel, la transfusion, l'utilisation des antibiotiques, les événements indésirables, la satisfaction et l'expérience patient, la tenue du dossier patient, la connaissance des informations qualité et gestion des risques.... Les données issues des enquêtes sont analysées, diffusées en interne et aux représentants des usagers. Des actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS.

Les données résultant des démarches d'évaluation sont traitées par les personnels de la cellule qualité. Elles

sont analysées collectivement au sein du comité de direction et au sein des instances spécifiques (CME, CLIN, CLUD, COMEDIMS, CSTH, CLAN...). Elles sont diffusées et disponibles sur l'Intranet. Des tableaux individualisés par secteur d'activité sont diffusés périodiquement ; ils comportent également les données relatives aux événements indésirables déclarés. La possibilité de renforcer l'implication des personnels de terrain dans l'analyse des données recueillies a été partagée avec la gouvernance.

En unité de surveillance continue, le médecin référent du comité d'éthique a rencontré les personnels du service dans le but d'organiser une rencontre avec les professionnels de la coordination hospitalière pour le don d'organes et de tissus du CH de Calais.

Les activités d'imagerie et de biologie sont assurées par des professionnels libéraux dont certains participent à la CME et au CLIN. Une évaluation est réalisée pour identifier les points de progrès potentiels ciblés et des modifications d'organisation sont mises en place si besoin.

Chapitre 3 : L'établissement

La clinique des deux Caps est un établissement médico-chirurgical pluridisciplinaire, disposant également d'une autorisation de soins médicaux de réadaptation polyvalents. L'établissement, créé à partir d'une fusion de deux cliniques en 2006, puis intégré à un groupe familial de trois établissements, est intégré depuis juillet 2021 au groupe Vivalto. Le groupe a élaboré un projet médical de territoire pour renforcer la synergie entre ses établissements et renforcer l'offre de soins pour répondre aux besoins de santé d'une population dont le cancer est la première cause de mortalité, l'incidence de l'obésité touche plus de 20% des habitants et les critères socio-économiques sont défavorables. La clinique développe des coopérations avec les établissements du groupe et publics et a contribué avec plus d'une dizaine de médecins, à l'ouverture de consultations avancées (Le Portel, Le Touquet, Dunkerque, Audruicq, Coudekerque-Branche...). L'activité de chirurgie du cancer et de chimiothérapie est organisée en lien avec l'institut du cancer du Littoral situé dans un autre établissement du groupe. Il participe notamment à travers son unité de médecine, à la filière gériatrique organisée par le CH de Calais.

Il dispose d'une unité d'accueil de soins non programmés ouverte 24h/24h. L'activité de chirurgie de la main labellisée « SOS mains » par la FESUM (fédération des services d'urgences de la main) depuis fin 2021 répond, pour cette activité, aux besoins de tout le territoire.

L'établissement développe une politique de communication active, avec les professionnels de santé et le public. Les professionnels participent aux actions préventions nationales (octobre rose, BPCO, vaccination grippe saisonnière, novembre, mois sans tabac, semaine sécurité patients ...) avec la participation des RU. Les résultats d'examens biologiques et d'imagerie sont intégrés au dossier patient informatisés mais, pour l'instant l'utilisation de la messagerie sécurisée reste limitée même si elle est mise à disposition par la clinique. Entre les praticiens et la clinique d'autres technologies d'échanges sont disponibles (Lifen, Dopaimpression). Aux admissions les échanges ont lieu à travers le portail patient dont l'usage est promu et vise, un taux cible de 40% pour les procédures d'admission (actuellement légèrement supérieur à 30%). L'alimentation du DMP est organisée pour les documents nécessaire à la continuité de la prise en charge des patients. L'établissement suit les données transmises par l'assurance maladie. L'accès au dossier pharmaceutique n'est pas encore en place. A date de visite, le DMP n'est pas consulté au sein de l'établissement, par les professionnels qui disposent d'un accès.

A travers l'organisation nationale mise en œuvre par le groupe et déclinée régionalement, les professionnels médicaux et/ou paramédicaux peuvent aisément participer à des recherches cliniques (un poste régional d'attaché clinique soutient les démarches engagées) de même, l'accès aux innovations est facilité par l'organisation du groupe.

L'accès aux soins est garanti pour tous, les dispositions sont prises pour l'accueil de patients migrants, notamment pour l'activité du service SOS Main. Le dernier taux d'accueil de patients bénéficiant de la CMU est de 9%. Les modalités de communication permettent un accès facile pour les usagers et les professionnels du territoire. Lors de la sortie, les patients sont informés des coordonnées téléphoniques leur permettant de joindre les professionnels en cas de nécessité. La présence permanente d'un médecin urgentiste permet de répondre aux demandes éventuelles d'un patient.

Les constats issus de la visite identifient la recherche de l'engagement des patients. La satisfaction des patients et leur expérience sont évaluées à travers les questionnaires de sortie dont le taux de réponse faible (de 33% en 2021 à 6% en 2022, suite à une modification d'organisation) est maintenant en progression (23% en 2023) depuis la mise en œuvre d'une possibilité de renseignement en ligne et accessibilité par QR code. En unité de SMR le questionnaire est affiché dans chaque chambre ; le taux de retour est supérieur à 60%. Un

effort particulier est réalisé pour favoriser le recueil de l'expérience patient à travers le dispositif « e-Satis ». Le nombre élevé de réponses pour la chirurgie ambulatoire (1720 en 2023) permet de valider les résultats. Les données issues des réponses, de l'analyse des doléances et plaintes et des avis des représentants des usagers alimentent le PAQSS. Les résultats sont communiqués aux équipes et au public. Le plan de formation intègre des actions de formation à la communication avec les personnes soignées (par exemple gestion des situations difficiles).

Pour l'instant l'établissement n'a pas encore initié la mise en œuvre d'enquêtes sur l'expérience patient dans les unités de soins ni sur le résultat sur sa santé de son point de vue. En novembre 2023 lors de la semaine « sécurité des patients » une table ronde réunissant des patients et les RU a initié la démarche qui sera accentuée en 2024.

Dans le cadre des parcours RAAC pour l'orthopédie, au cours d'une réunion d'information mensuelle réalisée en amont de l'acte chirurgical, un patient fait part de son expérience. Les professionnels prévoient d'étendre cette démarche aux autres spécialités chirurgicales dont les parcours ont été labellisés (viscéral, bariatrique, urologique et gynécologique). L'expertise patient va bénéficier d'une démarche soutenue par le groupe et déjà déployée dans d'autres structures (mise en relation par visio et/ou téléphone, de patients aidants, sélectionnés et formés).

La formation continue pour les professionnels en matière de droit des patients est organisée. Ils sont sensibilisés à la promotion de la bientraitance et à la détection des cas de maltraitance. Les situations détectées ne sont pas tracées et ne sont pas repérées dans le codage PMSI. Les constats réalisés lors de la visite ont mis en exergue la bienveillance des professionnels. Elle s'exprime au bénéfice des patients mais également entre eux.

Les représentants des usagers, formés par leurs associations d'affiliation, sont largement associés et réellement impliqués à la vie de l'établissement. Le projet des usagers a été formalisé. Ils disposent de l'accès numérique à toutes les données relevant de leurs missions, participent à plusieurs instances (notamment CLIN, CLUD...) et viennent d'être intégrés au comité d'éthique. La mise en œuvre des recommandations qu'ils émettent est suivie (mais pas encore connue de tous les professionnels).

La gouvernance, en lien avec la présidence de la CME suit attentivement la mise en œuvre de la politique qualité et sécurité des soins définie et revue régulièrement en fonction des résultats des bilans réalisés. Les représentants des usagers sont associés à la démarche. La mise en œuvre bénéficie, outre les ressources internes, des démarches du groupe (partage d'expérience entre professionnels, organisation territoriale et nationale intégrant les représentants du corps médical, actionnariat médical et des salariés...).

Un comité de direction médicale, lieu d'échange, de concertation et d'élaboration de la stratégie médicale de l'établissement, force de proposition sur les projets stratégiques et processus d'amélioration continue regroupe les représentants direction et des praticiens.

La direction et les personnels d'encadrement veillent à l'adéquation des ressources humaines aux activités et suivent quotidiennement les données suivies numériquement. L'établissement se caractérise par la fidélisation du personnel ; l'absence de poste vacant et une équipe de remplaçants qui facilite l'organisation et le respect des plannings de travail, l'attribution des congés. A date cela a permis de maintenir constamment toutes les activités et d'éviter le recours à l'intérim. L'établissement soutient la promotion professionnelle (VAE notamment pour les infirmiers du bloc opératoire, une AMP, le financement de formations diplômantes). Les personnels d'encadrement bénéficient d'actions de formation au management.

Les professionnels bénéficient d'une politique active de formation mobilisant également, en complément des acteurs externes, les ressources internes (pharmaciens, Ide hygiéniste, médecins, personnels d'encadrement...). Elle prend en compte outre les besoins issus des projets institutionnels (par exemple le changement du système d'information), les besoins exprimés lors des entretiens d'évaluation périodiques (tous les 2 ans ou chaque année pour les cadres), les besoins individuels exprimés, les actions liées au PAQSS et les obligations réglementaires (AFGSU, pec pédiatrique...). Le parcours d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants est organisé. Une période de tutorat, adaptée aux exigences du service d'affectation, au profil et à

l'expérience antérieure de la personne recrutée, est mise en place.

L'établissement n'a pas initié de programme intégré d'acquisition, de maintien des compétences en équipe pluriprofessionnelle ou d'accréditation en équipe. L'amélioration du travail en équipe fait l'objet d'attentions de la gouvernance ; elle se traduit par exemple au bloc opératoire et dans certains services par des modifications d'organisation, du fonctionnement, du temps de travail et des modalités de concertation. Le travail, la coordination et la proximité entre les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et les professionnels des services support sont une réalité du fonctionnement quotidien.

La culture de la sécurité des soins et l'engagement des professionnels a été constatée durant la visite. De nombreuses actions de sensibilisation et de formation ont été réalisées et sont renouvelées (sécurité transfusionnelle, hygiène, radioprotection, médicament...). L'établissement a utilisé en juin 2023 le questionnaire « Forap-HAS » pour évaluer l'acculturation des professionnels.

Un comité d'éthique, est en place et les professionnels connaissent la possibilité de le solliciter. L'état global des connaissances des questionnements éthiques n'a pas encore été réalisé.

Le groupe est reconnu depuis 2021 « Entreprise à missions » et intègre, dans ses statuts des engagements sociaux, sociétaux et environnementaux. Deux des axes définis visent l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail et la réduction de l'empreinte environnementale. Cette politique est déclinée au sein de la clinique à partir de contacts directs (professionnels de terrain, encadrement, représentants du personnel, médecine du travail) et s'appuie sur les résultats de plusieurs enquêtes menées successivement (2019 à 2021). En 2022 le renseignement d'un questionnaire « en ligne » a été réalisé et cette enquête sera reconduite en 2024. La satisfaction des professionnels s'exprime clairement dans les résultats présentés. Un professionnel « référent harcèlement » est identifié. Des actions concrètes ont été réalisées (installation d'une salle de sport équipée (tapis de marche, vélo elliptique...), d'une salle de détente équipée de fauteuils de massage, achat de matériel de repos pour le personnel de nuit, proposition mensuelle d'atelier massages bien être...). Des événements conviviaux sont organisés.

La gestion des difficultés et/ou conflits interpersonnels est organisée : recours aux compétences de la psychologue en interne et d'un soutien social externe (psychologue du travail, assistante sociale) organisé par le groupe.

La proximité de l'encadrement, promue par la gouvernance, des réunions d'équipe, facilitent le dialogue social et contribuent à l'identification de pistes d'actions améliorant la qualité de vie et les conditions de travail. Un accord d'intéressement est en place.

L'établissement participe à la gestion des tensions hospitalières du territoire en relation avec les autres structures hospitalières. Il peut être sollicité dans le cadre des missions attribuées à son statut d'établissement de deuxième ligne. Le plan blanc et de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est élaboré et actualisé. Le dernier exercice a été organisé fin 2023 en relation avec la simulation d'une cyberattaque.

Les professionnels sont sensibilisés au risque numérique. Une charte informatique est remise à tout nouvel arrivant. Un plan de continuité et de reprise d'activité est intégré au plan blanc. Il y a une sécurité informatique renforcée, un plan de sensibilisation à la cybersécurité « cyber attaques et cyber sécurité » est formalisé.

L'établissement dispose d'un important parc de matériel biomédical, l'ingénieur biomédical veille à la maintenance préventive et curative des installations et équipements. La maintenance des installations techniques est réalisée en partenariat avec des prestataires externes. Le suivi des visites de sécurité (incendie...) et inspections est assuré ; les recommandations émises sont réalisées.

Les dispositions nécessaires à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens sont effectives et concernent tant le public accueilli que les professionnels. Une convention « santé police justice » a été établie. Un diagnostic sécurité a été réalisé en concertation avec les forces de l'ordre. Un plan de sécurisation en a découlé : un système de vidéo protection est en place l'accès sécurisé aux locaux (PUI, salles de soins, bloc opératoire...) et aux lieux de stockage est assuré. L'implantation géographique de l'établissement, à proximité de l'entrée du tunnel sous-marin vers le Royaume Uni, génère toutes les nuits des rondes des forces de police à l'extérieur des locaux.

En matière de développement durable, l'établissement décline la politique du groupe. Un référent est désigné. Un diagnostic environnemental a été réalisé et reconduit périodiquement pour identifier les progrès réalisés. Un programme d'actions concrètes est engagé (par exemple installation d'un récupérateur d'énergie lors de l'implantation du nouveau groupe froid permettant le chauffage de certains locaux, installation systématique de leds et détecteurs de présence...). Le suivi des consommations eau, électricité, gaz, tonnage de déchets identifie des diminutions grâce aux actions mises en place (par exemple baisse de consommation électrique de 8% depuis 2022, diminution de 50% du tonnage des déchets d'activités à risque infectieux, de consommation de gaz halogénés...). Les filières déchets répondent aux obligations réglementaires et le tri (récupération des cartons, piles, des matériels informatique, électrique, verre) est réalisé.

La prise en charge des urgences vitales est organisée ; la procédure est définie et testée, quelques simulations ont été organisées ; la gouvernance prévoit leur réalisation dans tous les secteurs. L'établissement veille à combler le retard (lié à la crise sanitaire) dans le renouvellement des formations AFGSU (deux tiers des professionnels sont à jour), le retard sera comblé fin 2024. Le matériel spécifique pour les enfants est disponible dans les zones concernées. La présence permanente d'un médecin urgentiste sécurise la réponse à l'urgence vitale notamment la nuit et hors présence des anesthésistes réanimateurs.

La gouvernance du groupe promeut la politique qualité – gestion des risques déclinée au niveau de l'établissement par la gouvernance, en concertation avec la CME. Elle prévoit notamment un accompagnement méthodologique des équipes, un déploiement des EPP, RMM et la communication des analyses réalisées. Elle a été communiquée aux instances et aux professionnels qui, pour la plupart, en connaissent les orientations et actions. Ses axes couvrent l'ensemble des activités et affirment notamment les enjeux de la prise en compte de l'expérience des personnes soignées, de la maîtrise des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Les documents sont aisément accessibles sur l'Intranet et des informations régulières sont données sous forme de tableaux de bord par secteur d'activité que l'on retrouve également à l'affichage. Le plan d'action, actualisé régulièrement, récapitule l'ensemble et en suit le déroulement.

L'outil numérique de gestion documentaire, support de la démarche qualité est connu des personnels, fortement utilisé et apprécié. La veille juridique et documentaire, réalisée par le service juridique du groupe contribue à la diffusion des recommandations de bonnes pratiques disponibles sur l'Intranet. Elles peuvent également être l'objet d'information en réunion de CME et sont actualisés dans les protocoles notamment par le biais des instances (CLIN, CLUD, CHST...).

L'établissement développe la certification ISO 9001 et a obtenu, en juillet 2022 le renouvellement de la validation pour trois ans. Cela lui permet de maintenir la dynamique et soutient la méthodologie. Cette politique est supervisée par le comité de direction en lien avec le président de CME, l'encadrement. L'équipe qualité du site, soutenue par la direction qualité du groupe, assure la logistique, la formation, le soutien aux professionnels, le suivi des audits et indicateurs, l'instruction des FEI en concertation étroite avec la direction, les personnels d'encadrement des unités, l'équipe opérationnelle d'hygiène, le pharmacien. Les professionnels utilisent la méthode ALARM pour les analyser en comité de retour d'expérience et/ou réunion de morbi mortalité. L'analyse des événements indésirables graves (déclarés à l'ARS) mobilise les acteurs concernés. L'analyse collective des événements indésirables non déclarés à l'ARS n'est pas encore effective dans tous les services.

Les actions d'amélioration qui en découlent sont intégrés aux divers plans d'amélioration centralisés dans le PAQSS (Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) de l'établissement. L'ensemble des données est diffusé aux diverses instances, au sein des équipes et est disponible numériquement dans tout l'établissement. Une journée d'information est organisée au moins une fois par an pour les personnels de nuit et la diffusion de « flash alerte » dans le système de gestion documentaire contribue à l'acculturation des professionnels. Quelques professionnels des équipes soignantes rencontrées n'avaient pas connaissance des actions d'amélioration issues de l'expérience patient et/ou proposées par les représentants des usagers. Si l'établissement promeut la démarche d'accréditation des médecins (près de 20% des médecins le sont) il n'a pas encore engagé d'échéancier avec ceux qui n'ont pas initié la démarche.

La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :

Systématiser l'identification des dispositifs médicaux implantables dans l'ensemble du circuit Systématiser l'intégration du bilan thérapeutique et le comparatif entre le traitement d'entrée et de sortie pour un patient vulnérable sur la lettre de liaison Développer la culture de l'analyse des résultats cliniques Analyser, dans tous les services, l'ensemble des événements indésirables associés aux soins Mettre en œuvre l'état du questionnement éthique des professionnels Poursuivre les actions engagées pour sécuriser le stockage des médicaments thermosensibles et à risque (notamment le potassium) et la traçabilité du transport des chimiothérapies Systématiser le recensement des cas de maltraitance dans le PMSI

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	620027763	SAS CLINIQUE DES DEUX CAP	Les longues pieces 62231 COQUELLES FRANCE
Établissement principal	620101311	CLINIQUE DES DEUX CAPS	80 rue des longues pieces 62231 Coquelles 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	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	23
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	81
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	6
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	24
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	2,023
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	32
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)	7
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	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé			EIG ou presque grave selon la liste fourni par l'ES
9	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
10	Audit système			
11	Traceur ciblé			Chimiothérapie
12	Audit système			
13	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
14	Audit système			
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires

20	Audit système			
21	Audit système			
22	Audit système			
23	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

27	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et/ou per os
29	Audit système			
30	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Traceur ciblé			PSL
35	Audit système			
36	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

37	traceur	Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
----	---------	--	--

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

