HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CLINIQUE LES OYATS ET INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL

89 rue andre trocme
Cs 10293
62100 CALAIS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Qualité des soins confirmée

Établissement certifié

Validé par la HAS en Septembre 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2026

Sommaire

Préambule 4
Présentation 5
Les critères évalués 6
Les évaluations réalisées pendant la visite 7
La décision 8
Les résultats 9
  Les résultats des critères impératifs et avancés 10
Chapitre 1 : Le patient 13
  Résultats du chapitre 1 : Objectifs 13
  Synthèse du chapitre 1 14
  Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient 16
  Objectif 1.2 : L'information du patient 17
  Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins 18
  Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement 19
Chapitre 2 : Les équipes de soins 20
  Résultats du chapitre 2 : Objectifs 20
  Synthèse du chapitre 2 21
  Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient 24
  Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques 26
  Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…) 28
  Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation 29
Chapitre 3 : L'établissement 30
  Résultats du chapitre 3 : Objectifs 30
  Synthèse du chapitre 3 31
  Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins 34
  Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences 35
  Objectif 3.3 : Le positionnement territorial 37
  Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques 38

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels de santé mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients.

Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé, aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers… Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CLINIQUE LES OYATS ET INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL	
Adresse	89 rue andre trocme Cs 10293 62100 CALAIS Cedex CEDEX FRANCE
Département / Région	Pas-de-Calais / Hauts-de-France
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	920030269	EMEIS	12 RUE JEAN JAURES 92800 PUTEAUX FRANCE
Établissement géographique	620033712	INSTITUT D'ADDICTOLOGIE DU LITTORAL	89 RUE ANDRE TROCME (même SITE CLINIQUE LES OYATS) 62100 CALAIS FRANCE
Établissement juridique	920039658	SAS CLINIQUE DES OYATS	12 RUE JEAN JAURES 92813 Puteaux cedex FRANCE
Établissement principal	620030726	CLINIQUE LES OYATS	89 rue andre trocme Cs 10293 62100 CALAIS Cedex CEDEX FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les l'établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
Santé mentale et psychiatrie
Soins Médicaux et de Réadaptation

Population
Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **4** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



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



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

- 1 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 2 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 1 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **11** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

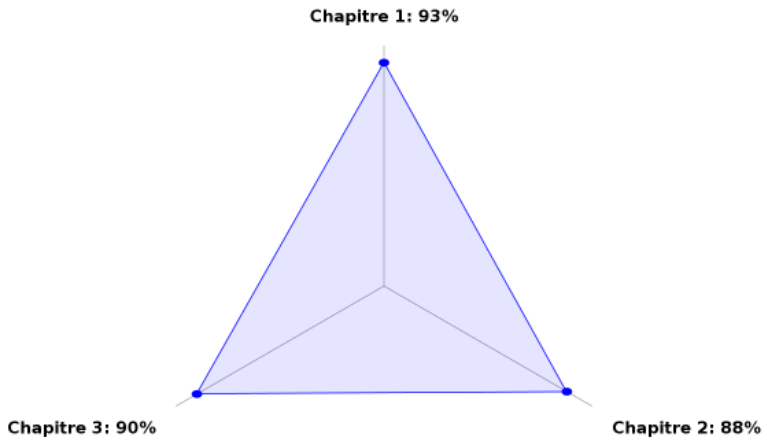
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maitrise des risques liés aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	93%
Chapitre 2	Les équipes de soins	88%
Chapitre 3	L'établissement	90%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

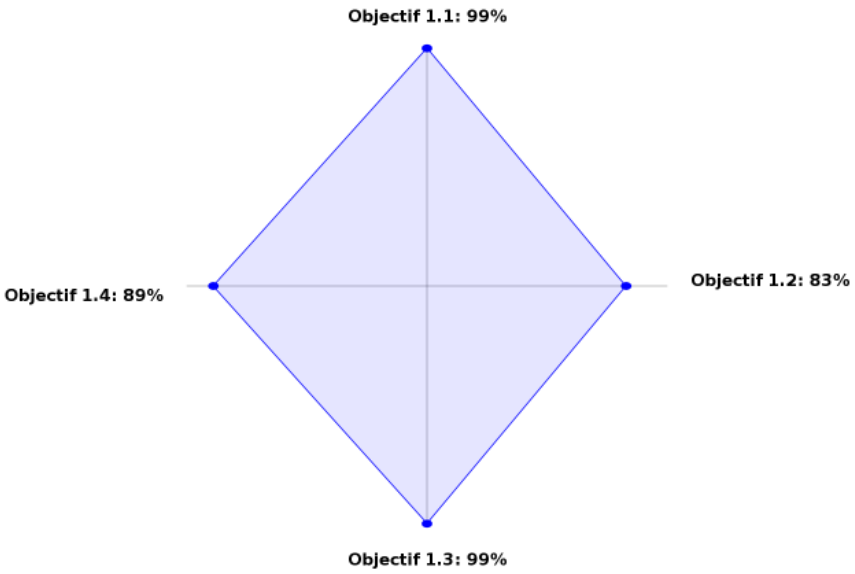
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	96%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	97%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	Non Applicable
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	50%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **93%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	99%
1.2	L'information du patient	83%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	99%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	89%

Synthèse du chapitre 1

La Clinique Les Oyats est un établissement psychiatrique qui accueille en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour des patients adultes. L'Institut Addictologique du Littoral (IAL) est un établissement de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) avec la mention « prise en charges des conduites addictives » qui accueille, sur le même site mais avec des zones dédiées, des patients adultes en hospitalisation complète et de jour. Ces deux structures sont distinctes, l'IAL s'est installé après l'ouverture de la clinique des Oyats, il s'agit de sa première visite de certification. Les équipes sont distincte mais la gouvernance et les instances sont communes.

Les évaluations réalisées ont permis de faire ressortir le respect de la dignité et de l'intimité du patient lors des soins. Les services et les équipements de la clinique sont sécurisés et adaptés aux spécificités de ces derniers. L'accès aux patients porteurs de handicap est effectif, les équipements sont en place, les adaptations matérielles spécifiques sont mises en œuvre, les accompagnements sont organisés, comme l'installation d'une sonnette lumineuse sur la porte d'une chambre pour une patiente sourde ainsi qu'un aménagement des ateliers qui lui sont proposés. Les pratiques des professionnels sont parfois non mises en œuvre pour l'utilisation de ces équipements. Les pratiques garantissent le respect de la confidentialité, les professionnels sont sensibilisés, y compris pour les accès aux données du patient de son dossier informatisé. Le patient est informé de sa possibilité de rédiger des directives anticipées, les équipes sont en mesure d'accompagner les patients dans cette démarche avec un recours, le cas échéant, à une structure externe. Les directives anticipées, lorsqu'elles sont rédigées, sont reprises dans le dossier du patient. Des actions sont menées avec les correspondants externes pour informer et collecter en amont les documents. La prise en charge de la douleur physique répond aux bonnes pratiques, les prises en charge sont dispensées et réévaluées à l'aide d'une échelle de mesure et des réponses non médicamenteuses sont proposées aux patients. La prise en charge des patients intègre ses besoins élémentaires et lui apporte les réponses appropriées. Les patients connaissent les professionnels et leur fonction. Les risques d'atteintes à la bientraitance sont identifiés, les professionnels connaissent les modalités de signalement interne des situations de maltraitance. Les professionnels sont formés au repérage des cas de maltraitance et s'appuient notamment sur les données du PMSI. Les lanceurs d'alertes sont protégés, via une charte. L'organisation permettant l'accès du patient à son dossier est connue, l'accompagnement de ce dernier est prévu, les demandes sont traitées dans les délais prévus et sont suivies, en lien avec la Commission Des Usagers (CDU). La gestion des décès pouvant survenir à la clinique est organisée, dans toutes ses dimensions.

Le patient dispose de toutes les informations nécessaires à son séjour et à sa prise en charge, ces informations sont adaptées à ses spécificités (troubles cognitifs, méconnaissance de la langue…). Un livret d'accueil lui est remis ainsi que toutes les informations spécifiques (horaires, rendez-vous, sécurisation des objets durant l'hospitalisation…). Pour les patients pris en charge sur les unités de jour, aucun livret spécifique reprenant les conduites à tenir en fonction des différents signes d'alerte n'est en place. Le patient peut désigner une personne de confiance. Il connait les mesures nécessaires à sa bonne identification. La majoriré des patients est informée de l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) ainsi que les modalités d'opposition. La sortie du patient est organisée, toutes les informations utiles sont communiquées aux patients et à son entourage, le cas échéant. Ces données sont reprises dans un courrier de liaison, remis systématiquement au patient le jour de sa sortie et est déversé au

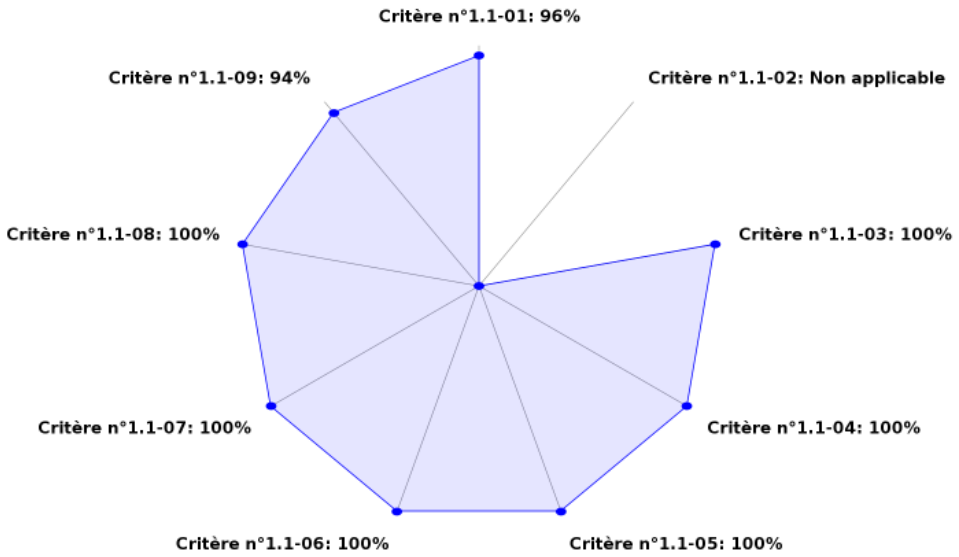
DMP, sauf opposition du patient. Le bilan médicamenteux est repris dans le courrier de liaison des patients sortants de la Clinique Les Oyats mais ne figure pas dans celui de l'IAL. Les informations relatives aux représentants des usagers et aux associations sont fournies. Elles ne sont pas connues de tous les patients.

Le patient bénéficie d'un projet de soins personnalisé pour lequel il est associé ainsi que ses proches et aidants s'il le souhaite, son adhésion est recueillie et reprise dans le dossier. Ce projet de soins est construit en concertation avec l'ensemble des professionnels. Le patient âgé dépendant et/ou porteur de handicap bénéficie du maintien de son autonomie et d'une prise en compte de ses besoins spécifiques dans le projet de soins, les risques iatrogènes de la personne âgée sont évalués. Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie de projets de soins permettant de favoriser son inclusion sociale. Des soins de réhabilitation psychosociale sont mis en œuvre sur tous les secteurs. La personne de confiance est désignée, ses coordonnées sont reprises dans le dossier du patient, sa signature est retrouvée sur le formulaire et son rôle est connu des patients. Le recours à un assistant de service social est en place pour les patients en situation de précarité. Le lien avec l'entourage est maintenu tout au long de la prise en charge, sauf opposition du patient. Le patient bénéficie de messages de prévention et d'actions pour agir pour sa santé (addictions, vaccination, suicide…). Dans les situations difficiles, la présence des proches et des aidants est facilitée, des solutions et des espaces sont disponibles en hospitalisation complète et de jour.

La satisfaction du patient est recueillie, analysée et partagée avec les professionnels des services. Le dispositif e-Satis est déployé et est exploité en plus des questionnaires internes. Les indicateurs qualités sont affichés dans l'établissement. Les données sont analysées en lien avec les équipes et la CDU. Le recours à des patients partenaires est mis en oeuvre et évalué, notamment avec la présence d'un médiateur par-aidant dans les effectifs. Les patients ne connaissent pas tous la possibilité de recours à un médiateur, les modalités de signalement des évènements indésirables et les modalités d'expression d'une réclamation ou d'un éloge. Tous les patients ne connaissent pas les modalités pour exprimer sa satisfaction. La représentation des usagers est en place et s'exerce autour d'une CDU par structure, qui se réunissent simultanément. Toutes les informations nécessaires à l'exercice de cette représentation sont communiquées (résultats des enquêtes de satisfaction, bilan des évènements indésirables, plaintes et réclamations, demandes d'accès des patients à leur dossier…). L'avis des représentants des usagers est pris en compte et fait l'objet de définition d'actions d'amélioration. Le projet des usagers est formalisé. Les représentants des usagers ne participent pas aux évaluations des actions entreprises suite aux analyses réalisées.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

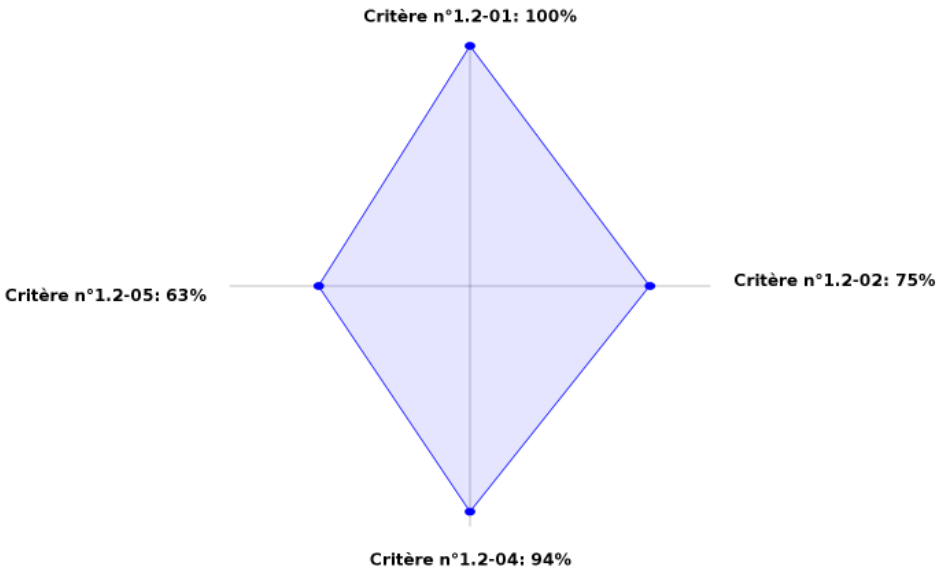
Score de l'objectif **99%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	96%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	94%

Objectif 1.2 : L'information du patient

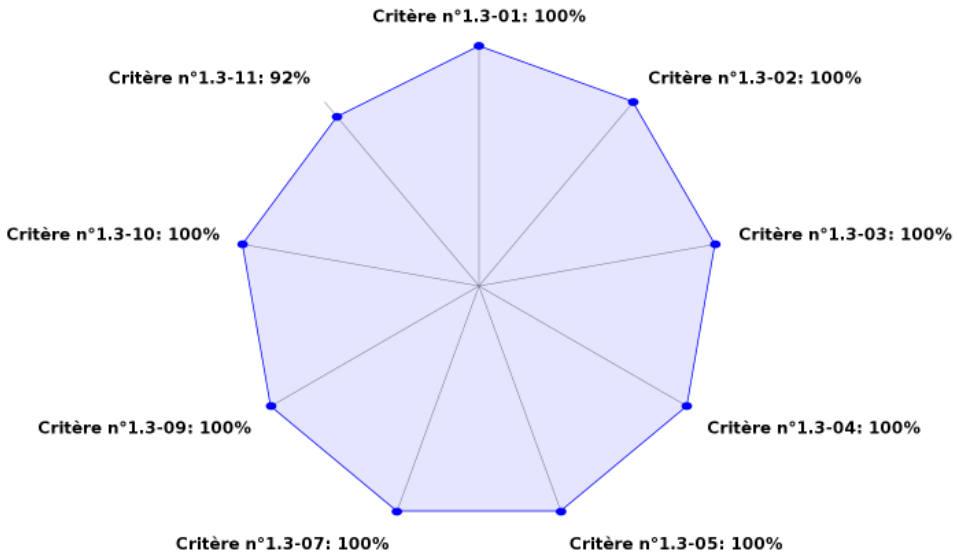
Score de l'objectif **83%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	75%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	94%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	62%

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

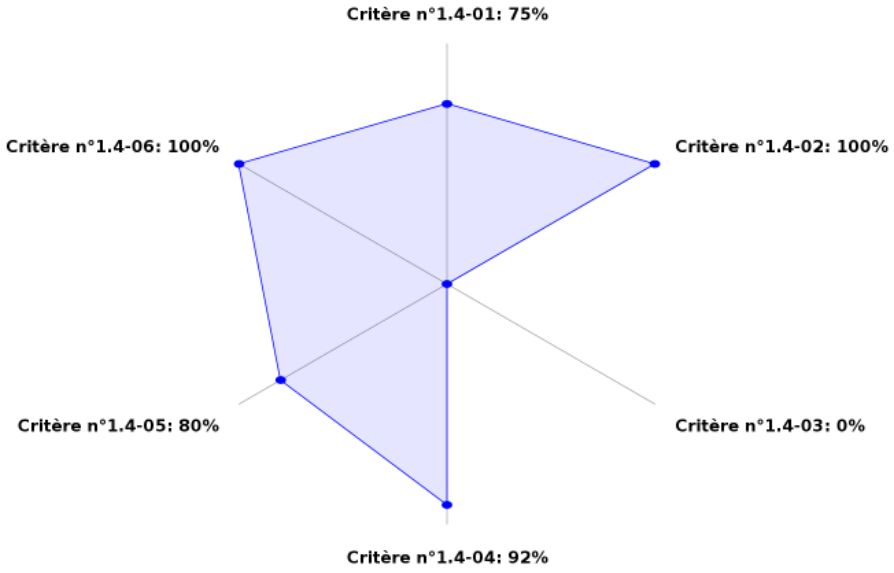
Score de l'objectif **99%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	92%

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

Score de l'objectif **89%**

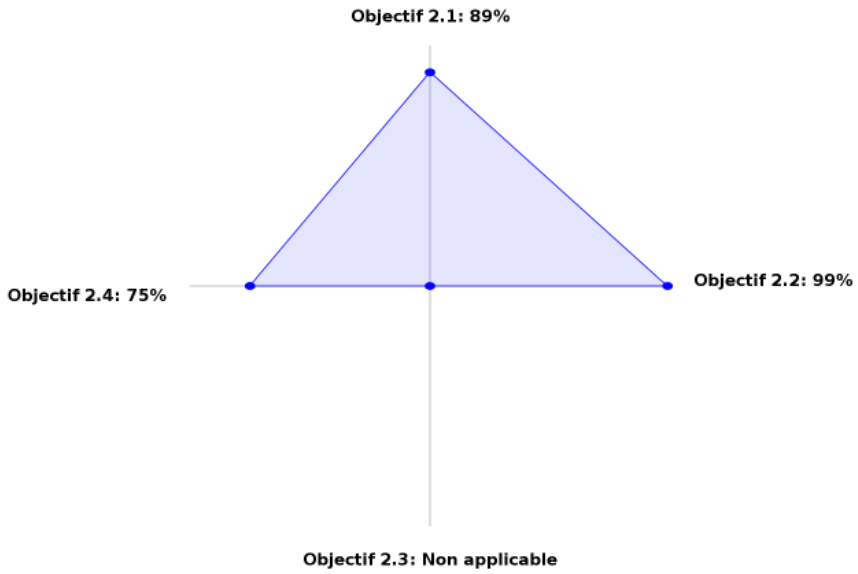


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	75%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	92%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	80%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **88%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	88%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	99%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…)	Non Applicable
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	75%

Synthèse du chapitre 2

Des consultations externes sont réalisées au sein des deux structures par des médecins salariés. Les rendez-vous sont pris directement auprès du secrétariat médical, avec un numéro dédié. Lors des consultations externes, les patients sont accompagnés en cas de besoin pour les prises de rendez-vous extérieurs. Les comptes rendus de consultations externes sont versés au Dossier Médical Partagé (DMP) et repris, pour ceux concernés, dans les dossiers d'hospitalisation. Les équipes de soins disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge et dont ils ont à connaitre, en temps utile. Un dossier papier cohabite avec le Dossier Patient Informatisé (DPI), les informations nécessaires sont numérisées et intégrées au dossier informatisé. Tous les professionnels qui concourent à la prise en charge sont formés à l'usage du DPI et tracent leurs interventions. La consultation du DMP n'est pas opérationnelle sur les deux structures. Les équipes se coordonnent pour l'élaboration et l'évaluation régulière des projets de soins des patients. Le recours à des correspondants experts est en place, en fonction des besoins du patient, et notamment en hygiène et soins palliatifs. La conciliation médicamenteuse est prévue pour des patients ciblés (patients qui passent de l'HC à l'HDJ) sur la clinique des Oyats. Elle n'est pas mise en œuvre selon les attendus. L'accompagnement des patients en fin de vie est organisé. Un patient de la clinique des Oyats bénéficie de cet accompagnement au sein de la structure. Cet accompagnement fait l'objet de concertations pluriprofessionnelles, le recours aux équipes mobiles est effectif. L'accompagnement des proches, des patients et des équipes est organisé et mis en œuvre. La prévention des troubles nutritionnels est effective en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour, les données sont collectées à l'admission (IMC, trouble des conduites alimentaires…) et sont régulièrement suivies. Les équipes de soins ne sont pas formées au repérage et à la mise en œuvre d'actions d'équilibre nutritionnel. Les caractéristiques nutritionnelles des repas sont suivies avec le service de cuisine internalisé, les patients de l'hôpital de jour venant en demi-journées ne déjeunent pas dans l'établissement. Les liens avec la médecine de ville sont en places pour toutes les prises en charges, notamment ambulatoires. Un plan de prévention partagé, avec l'outil GPS est mis en place pour les patients le nécessitant. L'établissement n'accueille pas de patient en péril imminent. Les équipes sont formées à la prévention, au repérage et à la gestion du risque suicidaire à l'aide d'outils connus des professionnels. Le repérage est effectué à l'admission, aux points critiques et tout au long du séjour, ce repérage est tracé dans le DPI. Le dispositif VigilanS est déployé sur le secteur de la clinique, l'établissement a développé un accès précoce à ses lits d'hospitalisation complète pour permettre une inclusion précoce des patients à risque. Tous les suicides et tentatives de suicides font l'objet d'une déclaration à la Tutelle et d'une analyse des causes profondes pluriprofessionnelle en CREX. L'examen somatique du patient est réalisé le jour de son admission par un somaticien en hospitalisation complète et en hôpital de jour pour la clinique des Oyats. Le suivi somatique est régulier tout au long de la prise en charge, tracé dans le DPI et repris dans le courrier de liaison à la sortie. Les médecins somaticiens de l'IAL interviennent en renfort, en cas de besoin, sur les Oyats. Une lettre de liaison est formalisée pour la sortie du patient, elle reprend les données attendues pour permettre la continuité des soins, y compris pour les cas de transferts. La clinique suit les délais d'envoi de ses courriers de liaison, tant en hospitalisation complète que de jour.

Les risques liés à l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge sont maitrisés. Le dispositif secondaire à l'expression du patient pour vérifier son identité (bracelet) et l'usage de la

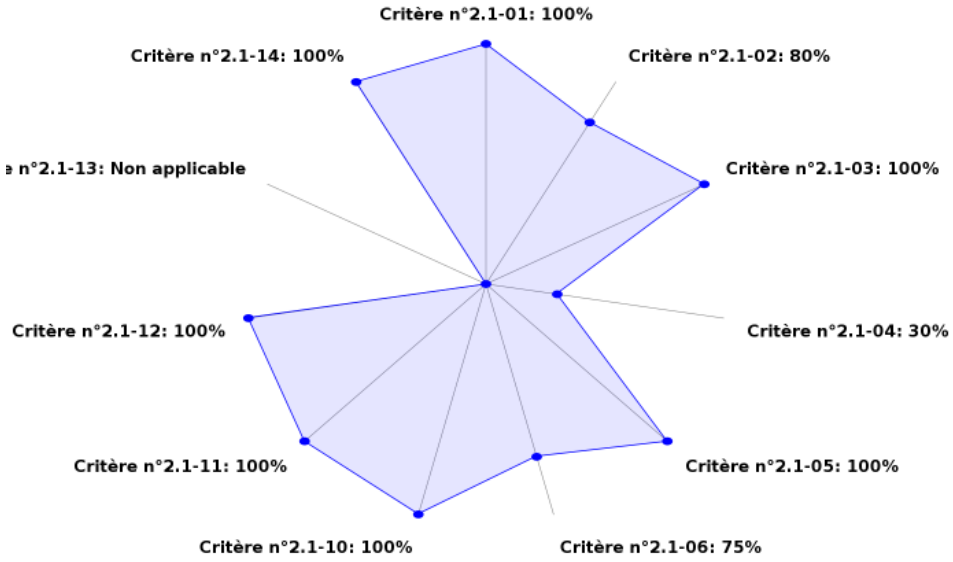
photographie dans le DPI sont exploités. Tous les éléments papier du dossier patient sont identifiés avec une étiquette qui reprend les données utiles. Une Cellule d'Identito-Vigilance (CIV) est en place, sous la responsabilité d'une secrétaire médicale qui dispose d'une fiche de mission. La qualification de l'identité du patient avec le recours aux téléservices INS et opérationnelle, le personnel est formé au RNIV, il ne connait pas toujours la conduite à tenir en cas de non accessibilité du service INSI. Les fusions sont réalisées en cas de doublons ou de collisions. Les erreurs relatives à l'identification du patient sont déclarées et analysées par la CIV. Le circuit du médicament est maitrisé. Les deux structures ne disposent pas de Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et ont recours à une officine de ville commune. Aucun médicament n'est prescrit et administré sur les secteurs de jour, un contrat de bonne observance est en place et signé par les patients. Sur les services d'hospitalisation complète, toutes les prescriptions sont informatisées et reprennent les traitements habituels du patient, elles sont réalisées le jour de l'entrée du patient, et reprennent l'intégralité du traitement du patient. Les prescriptions conditionnelles sont toutes assorties d'une échelle pour les antalgiques, d'un protocole pour les insulines et d'une liste des signes cliniques évocateurs pour les autres (anxiété, insomnie). Le pharmacien d'officine réalise systématiquement une analyse pharmaceutique de niveau 2, il trace ces interventions dans le DPI, émet des remarques ou des refus de délivrance, le cas échéant. La délivrance est nominative et quotidienne et complétée par une délivrance globale par service pour les médicaments de la dotation en besoins urgents (DBU). Des armoires de dotations de service sont en place pour couvrir, notamment, les prescriptions conditionnelles. Une DBU est en place dans les services, pour des médicaments dont l'établissement a défini comme prioritaires pour permettre d'assurer la couverture des besoins en médicaments sur les temps de délivrance. Cette DBU est adaptée aux besoins des patients et des professionnels, elle est différente entre les Oyats et l'IAL. Les conditions d'approvisionnement et de transport respectent les bonnes pratiques, en termes de sécurité (avec un coursier habilité) et de respect de la chaîne du froid pour les médicaments thermosensibles. Des médicaments ont été identifiés à haut risque, au regard des Never Events et des spécificités des patients accueillis, cette liste est différente entre les Oyats et l'IAL. Les médicaments à haut risque sont identifiés à toutes les étapes de la délivrance et jusqu'à l'administration. L'administration des médicaments respecte les bonnes pratiques. Elle est effectuée par un infirmier dédié du service et sensibilisé au risque d'interruption de tâches dans une pièce contiguë à l'infirmerie. La vérification préalable de la concordance entre les médicaments préparés, le plan de soins, et l'identité du patient est effectuée conformément aux bonnes pratiques (contrôle visuel avec le bracelet et usage de questions ouvertes). Pour les médicaments solubles, la préparation est réalisée de façon extemporanée. Les situations à risques (injections retard notamment) sont identifiées et les administrations sont mises en œuvre dans le respect des bonnes pratiques. L'administration est tracée en temps réel, les non-administrations sont tracées et motivées dans le DPI. Les professionnels déclarent les évènements indésirables et les presqu'accidents relatifs au circuit du médicament, ils participent aux analyses de ce derniers. L'auto-administration des médicaments par les patients est promue, les médicaments et les patients sont ciblés et une procédure est formalisée et diffusée. Le programme n'est pas mis en oeuvre et évalué. La clinique maitrise ses risques en matière d'infections associées aux soins. L'établissement dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène, d'une instance en charge de la gestion du risque (CLIaS), d'une politique basée sur une analyse de ses risques propres. Les précautions standards et complémentaires sont connues des équipes et mises en œuvre conformément aux bonnes pratiques, à l'exception du zéro bijou qui n'est pas totalement appliquée, et évaluées avec les professionnels. Les actes invasifs sont peu fréquents, lorsqu'ils sont mis en application, les pratiques respectent les conditions de sécurité et de traçabilité dans le DPI. La prise en

charge des urgences vitales est maitrisée. Un infirmier référent est désigné et dispose d'une fiche de missions transversale sur les deux cliniques. Les équipes sont formées, les matériels sont disponibles et contrôlés et des exercices sont réalisés plusieurs fois par an sur des secteurs différents. Un numéro unique d'appel est en place. L'efficacité du dispositif est mesurée par la cellule qualité qui suit les indicateurs en lien. Les informations relatives aux patients ayant bénéficié d'un acte de radiologie au cours de l'hospitalisation sont conservées, la pertinence des prescriptions d'examens de radiologie est évaluée.

Les recommandations de bonnes pratiques sont suivies et mises à disposition des professionnels (veille documentaire assurée par le groupe, par les sociétés savantes auxquelles les médecins sont adhérents, par les instances…), elles sont exploitées pour les actualisations des procédures. Les revues de pertinence des parcours sont effectives, notamment sous l'angle de la durée des séjours avec des seuils. Les évaluations relatives aux pratiques professionnelles et notamment le développement d'indicateurs de pratique clinique ne sont pas développées. La pertinence des prescriptions des antibiotiques est argumentée, elle est réévaluée et justifiée. Les professionnels sont formés et ont recours à un référent désigné. Les consommations sont suivies en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'établissement n'accueille que des patients en soins libres. Aucune contention physique n'est réalisée. Les pratiques respectent les libertés individuelles, les règlements intérieurs ne comportent aucune restriction de liberté généralisée. En cas de mesure restrictive, cette dernière est prescrite, argumentée et réévaluée en équipe (Isolement septique). Une démarche de développement des soins écoresponsables est en place, des objectifs sont définis, les résultats ne sont pas toujours exploités dans la mise à jour des procédures et ne sont pas connus des professionnels rencontrés. L'impact des actions en faveur des soins écoresponsables n'est pas mesuré. La pertinence des admissions et des séjours à l'IAL est argumentée et tracée. Les demandes sont traitées chaque jour ouvré et une commission d'admission pluridisciplinaire se réunit au moins chaque semaine. Les indicateurs spécifiques (DMS, séjours longs…) sont suivis. Les structures d'aval sont associées dans l'analyse des pertinences d'orientation pour la sortie. Les indicateurs de pratiques cliniques ne sont pas développés. Les IQSS sont recueillis, analysés et font l'objet d'actions d'amélioration définies avec les équipes. Le laboratoire d'analyse auprès duquel la clinique a recours est certifiée COFRAC, les délais de production des résultats sont analysés et les actions d'améliorations sont définies avec les prestataires.

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

Score de l'objectif **88%**

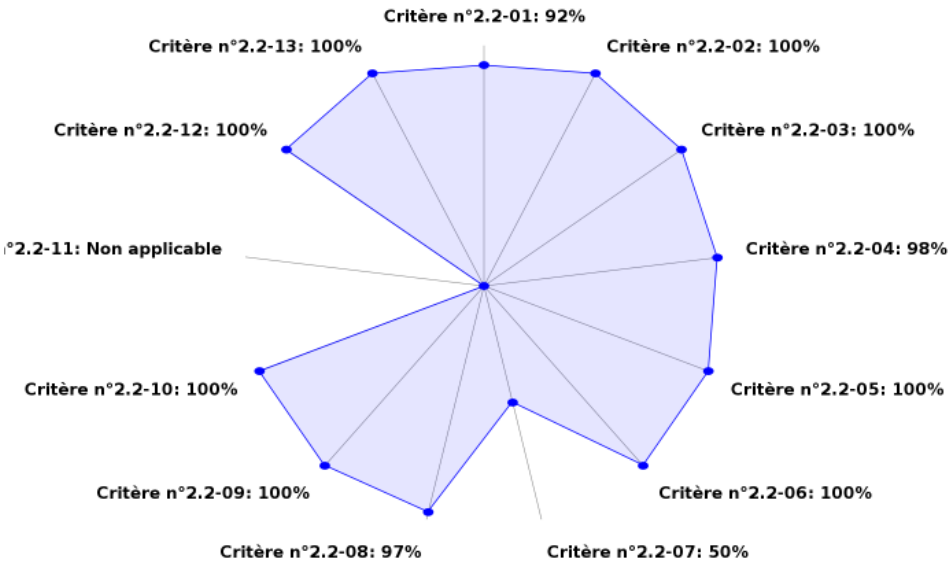


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	80%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	30%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	75%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	100%
2.1-11	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%

2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	Non Applicable
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **99%**



Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	92%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	98%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	50%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	97%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%

2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…)

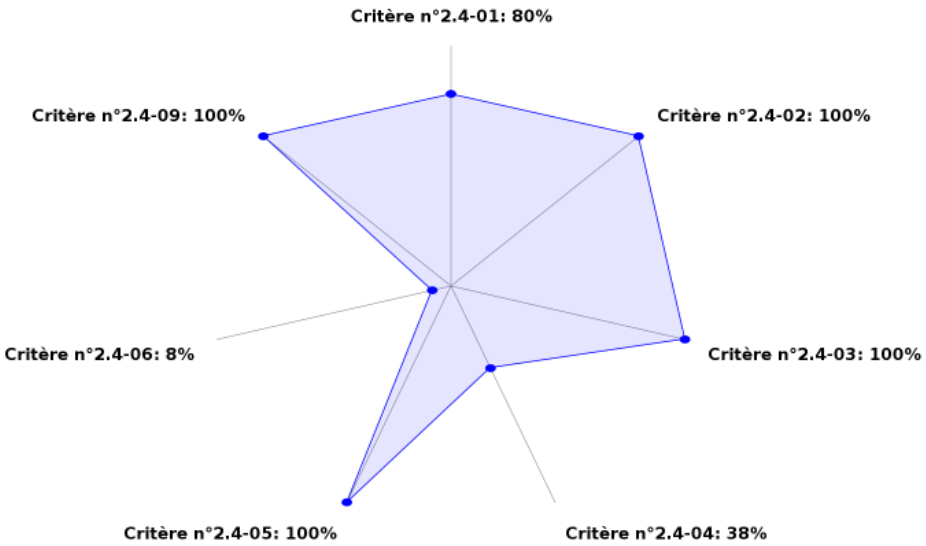
Score de l'objectif **0%**



Critères		
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	Non Applicable

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

Score de l'objectif **75%**

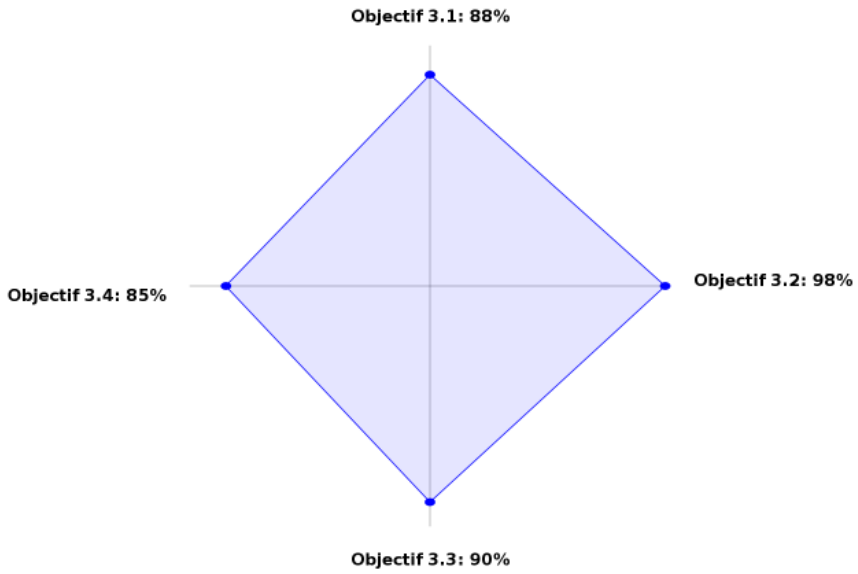


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	80%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	38%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	8%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	88%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	98%
3.3	Le positionnement territorial	90%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	85%

Synthèse du chapitre 3

La politique qualité et gestion des risques est formalisée et est déployée au travers d'un Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), formalisée par une instance de pilotage et validée par la Conférence Médicale d'Etablissement (CME). Ce PAQSS est défini en prenant en considération les risques spécifiques, a priori et a posteriori, les recommandations issues des contrôles règlementaires, les résultats des IQSS… Il est connu des professionnels et est actualisé périodiquement. La gouvernance est commune aux deux cliniques, le PAQSS est consolidé mais les actions spécifiques à chaque établissement sont identifiables. La culture qualité et sécurité est mesurée, les résultats sont diffusés et connus des professionnels. Des activités autour de la qualité et la sécurité des soins sont régulièrement réalisées. Des rencontres sécurité inspirées des méthodes promues par la HAS n'ont pas été mises en œuvre. Le dispositif d'alerte et de vigilance est en place, les correspondants locaux sont désignés et déclarés, les alertes sont traitées et analysées. Les professionnels déclarent les évènements indésirables qu'ils constatent, y compris les presqu'accidents, le niveau de déclaration est conséquent. Les évènements indésirables graves font l'objet d'une analyse des causes profondes collégiale en CREX, avec la méthode ALARM. Les évènements indésirables graves associés aux soins sont déclarés à la Tutelle et les analyses sont fournies puis transmises à la Tutelle dans les délais attendus. Les actions d'amélioration définies dans le cadre de l'analyse des évènements indésirables viennent alimenter le PAQSS. Les professionnels habilités à annoncer un dommage sont identifiés, ils sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maitrisée. L'établissement a identifié et priorisé les catégories de risques auxquels il peut être exposé spécifiquement, dont les risques numériques, et a défini des plans pour permettre la continuité et la reprise de ses activités. Il réalise des exercices réguliers permettant de s'assurer de la mobilisation de sa cellule de crise dans des délais conformes aux attendus, puis de définir des actions d'amélioration avec les professionnels. L'établissement traite les sujets relevant de l'éthique, le recensement des sujets a été réalisé et les professionnels ont été sensibilisés. Les espaces de réflexion éthique sont en place mais n'associent pas les représentants des usagers.

La clinique les Oyats et l'IAL ont chacun défini des effectifs cibles au regard des besoins des patients et qui prennent en considération la saisonnalité. Ces effectifs cibles sont analysés chaque jour, au regard des présences réelles et du nombre de patients présents et les recours aux dispositifs transitoires sont mesurés (heures supplémentaires, recours au pool de remplaçant, transferts de professionnels intra-structures). L'ensemble des postes est couvert par des contrats à durée indéterminée et le recours à du personnel intérimaire n'est pas mobilisé. L'organisation des ressources humaines permet d'assurer une prise en charge conforme aux règles de permanence et de sécurité. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée au travers de parcours et de tutorats. Le suivi des compétences est effectif. Les titres et leur validité sont vérifiés par les services des Ressources Humaines (RH) de chaque structure. Les plans de formations et les bilans de ces dernières sont en place, les entretiens annuels sont réalisés. Les professionnels bénéficient de formations cohérentes avec les actions du PAQSS dans leur service. Les responsables sont formés au management, à l'exception des médecins salariés. Une charte managériale est formalisée et a bénéficié de l'adhésion de tous les professionnels, médecins inclus. Les responsables sont formés sur les sujets relatifs à la discrimination, au harcèlement…

La clinique utilise des formations par simulation dans le cadre de sa gestion des risques. Des parcours immersifs en lien avec différents domaines sont proposés et suivis par les professionnels, ces parcours sont conformes aux préconisations du guide de la HAS. Ces programmes ne sont pas partagés avec d'autres établissements. L'établissement organise la sécurité des professionnels autour de consignes et de conduites à tenir en fonction des différentes situations (tapage, intrusion…) connues des professionnels. Les locaux contribuent à la sécurité des professionnels (accès clos, accès sécurisés, dispositifs d'alerte. Les risques professionnels sont évalués et actualisés dans un document unique (DUERP), en lien avec le Comité Social et Economique (CSE) de chaque structure, et au regard des données RH de chaque clinique (accidents du travail, absentéisme…). Les campagnes de vaccinations sont proposées chaque année, les taux de professionnels vaccinés sont suivis et les freins sont analysés. Un dispositif d'écoute et d'accompagnement psychologique des professionnels est proposé. L'établissement a formalisé, en association avec les deux CSE, une politique de Qualité de Vie au Travail (QVT), basée notamment sur les données et indicateurs RH et prenant en compte les actualisations du Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP). L'environnement de travail contribue à la QVT, il existe des espaces d'expression de proximité, les échanges permettent la prise en compte des avis des professionnels sur les locaux, les plannings, les conditions de réalisation du travail… La gestion des conflits internes potentiels est organisée, les modalités et dispositifs sont connus des professionnels. Des démarches du type Team Building et CRM sont mises en œuvre, l'organisation permet la réalisation de temps dédiés à la qualité, la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est en place, les démarches en lien avec les pratiques avancées et les délégations de tâches sont mises en œuvre avec la présence, entre-autres, d'un Infirmier en Pratiques Avancées dans les effectifs des Oyats.

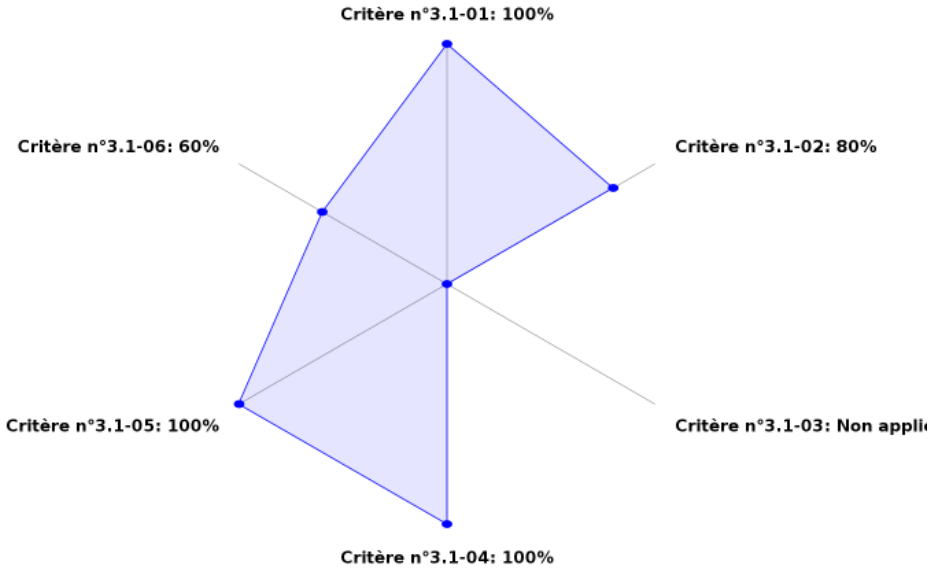
L'établissement est ancré sur son territoire, il participe aux projets de ce dernier. Il contribue activement aux actions du PTSM (la clinique des Oyats est en charge du volet addictologie du PTSM) et de la CPTS. Le suivi des filières est en place, et des retours d'expériences ont été réalisés avec des participants de ces filières. Les patients nécessitant un parcours adapté sont orientés vers des dispositifs spécifiques identifiés au niveau de l'établissement, l'évaluation du nombre de patient est effectuée, les partages d'expériences de ces orientations ne sont pas réalisés. Les repérages précoces de certains troubles psychiques et d'accès au diagnostic font l'objet d'un suivi. Les ruptures de parcours potentiels sont identifiées et des réponses adaptées sont données. Les orientations du PTSM sont déclinées dans les projets de soins, une évaluation annuelle partagée des indicateurs de suivi est réalisée avec les acteurs du territoire. L'établissement est organisé pour répondre aux demandes non programmées, y compris via les unités de jour. La mise à jour du Répertoire Opérationnel des Ressources n'est pas effective, les périodes de tensions potentielles sont identifiées (période estivale notamment). L'établissement est organisé pour permettre la prévention des transferts évitables des personnes âgées vers les services d'urgence avec des coopérations et des outils adaptés, dont la télémédecine.L'établissement est facilement joignable, tant pour les patients que pour les professionnels externes. Il n'a pas réalisé de mesure de la satisfaction de ses correspondants quant à sa joignabilité. La clinique repère les professionnels et patients partenaires désireux de s'investir dans la recherche, le médiateur santé pair effectue actuellement des travaux de recherches. Les partenariats concernant les patients pouvant bénéficier d'essais cliniques sont recherchés. L'établissement accueille régulièrement des stagiaires, les projets de stage sont établis et suivis en cohérence avec les besoins du territoire. La satisfaction des stagiaires est mesurée et fait l'objet d'actions d'amélioration. Il dispose d'un programme thérapeutique labellisé. L'établissement assure également des missions

d'enseignement auprès de partenaires de son territoire (IFSI, IRTS, CPTS).

Les locaux sont propres et entretenus, les contrôles règlementaires sont suivis et les recommandations sont suivis dans le plan de maintenance du bâtiment. Les besoins en équipements sont réévalués avec les professionnels, ces derniers sont formés à l'utilisation des matériels qu'ils utilisent. La maintenance et les travaux font l'objet d'un suivi, globalisé sur les deux cliniques. L'établissement est engagé dans une démarche de soins écoresponsables, un référent est désigné, des actions sont définies et sont partagées avec les acteurs locaux. Les procédures d'achat intègrent cette dimension, les professionnels sont sensibilisés, notamment sur la gestion durable et responsable de l'énergie. Le tri des déchets est organisé, y compris pour les biodéchets. La mobilité durable des professionnels et des patients est encouragée. L'établissement a identifié les situations de prise en charge éligibles à la télésanté, les outils et les méthodes mises à disposition ne sont pas conformes aux exigences applicables pour cette activité. Les professionnels concernés ne sont pas tous formés à cette activité. L'activité de télésanté n'est pas évaluée.

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

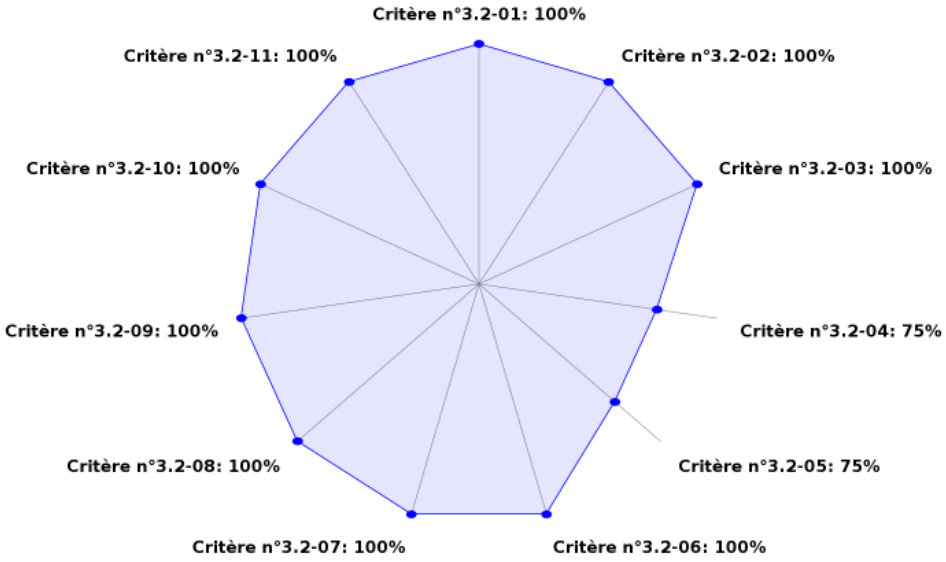
Score de l'objectif **88%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	80%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	60%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **98%**

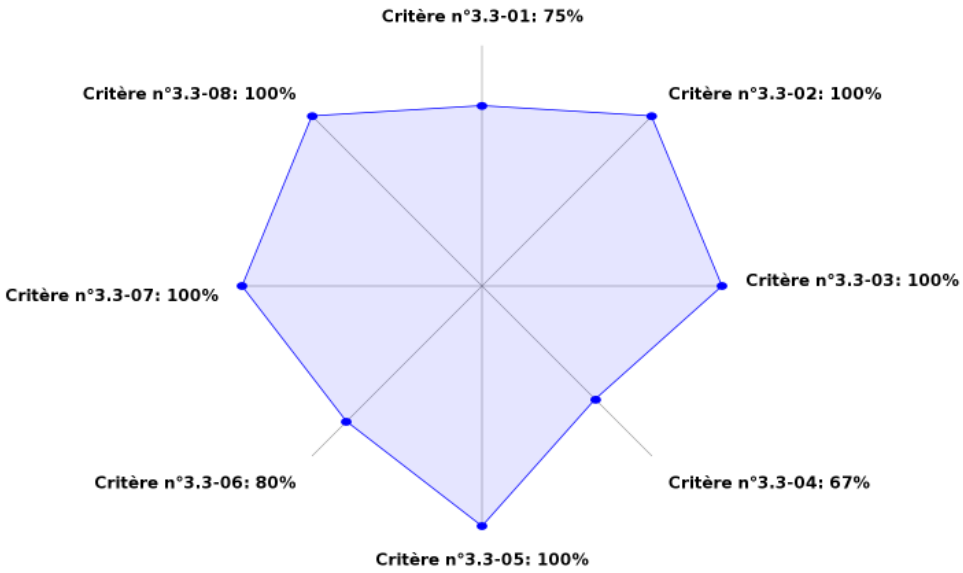


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	100%

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

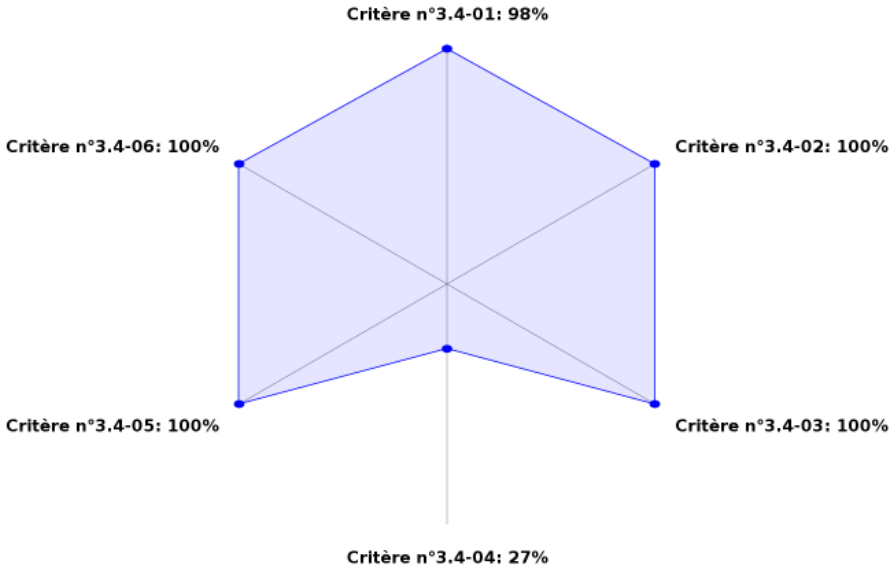
Score de l'objectif **90%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	75%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	67%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	80%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

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

Score de l'objectif **85%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	98%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	27%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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 – Septembre 2026