



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

Cliniques du Ried et de l'III

1 rue du chateau d'angleterre
67300 SCHILTIGHEIM



Validé par la HAS en Septembre 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 – Septembre 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	14
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	19
Annexe 3. Programme de visite	23

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 non-certification de l'établissement.

Présentation

Cliniques du Ried et de l'III	
Adresse	1 rue du chateau d'angleterre 67300 SCHILTIGHEIM FRANCE
Département / Région	Bas-Rhin / Grand-Est
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	920030855	SAS CLINEA	12 rue jean jaures 92800 PUTEAUX 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
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 de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement,98 critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

La clinique du RIED propose une offre en soins médicaux et de réadaptation (SMR) polyvalents à orientation gériatrique en hospitalisation complète (HC) et de jour (HDJ). La clinique de l'ILL accueille des patients en soins de longue durée (USLD) souffrant d'une perte d'autonomie importante, de maladies chroniques ou encore de pathologies cognitives nécessitant une permanence médicale et soignante. Les cliniques font partie du groupe EMEIS. L'absence de représentants des usagers (RU) lors de la visite de certification (démission de l'ensemble des RU en avril 2023) engendre un impact sur l'ensemble de la démarche qualité. Suite à différents échanges avec l'ARS depuis mai 2023, de nouveaux RU seront proposés à l'établissement courant mai 2024. Les entretiens menés avec les patients et leurs proches montrent que les équipes des différentes cliniques délivrent une information claire et adaptée. En effet, les patients se disent informés sur leur état de santé, les soins, la durée prévisionnelle de la prise en charge.... En complément, toutes les informations nécessaires sur la préparation et la mise en œuvre du séjour y compris en hospitalisation de jour (éléments administratifs, horaires...) sont délivrées. Le patient (et/ou ses proches dans les situations le nécessitant) est impliqué et adhère à son projet de soin, la réflexion bénéfices/risques est partagée avec lui par tous les acteurs de la prise en charge. Les messages visant à préserver ou améliorer sa santé lui sont délivrés et les informations relatives aux principaux facteurs de risques sont majoritairement tracées. Le recueil de la personne de confiance est recherché et majoritairement tracé. L'information sur le droit à rédiger des directives (DA) n'est pas systématiquement donnée par les équipes et malgré les supports d'information (livret d'accueil, guide à disposition), certains patients expriment ne pas être informés. En situation de fin de vie, l'expression du patient est systématiquement recherchée. En prévision de la sortie, le patient reçoit des informations sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins ainsi que des consignes pour le suivi de son traitement. Malgré, les dispositifs d'information du patient sur les modalités d'accès à son profil Mon Espace Santé (flyers à disposition) et sur l'alimentation et la consultation de son DMP par les professionnels de santé dans le cadre de sa prise en charge (formulaire de consentement à l'admission), la majorité des patients n'ont pas intégrés ces informations. Ce constat est confirmé par les patients rencontrés qui expriment de plus ne pas connaître les dispositifs pour échanger de façon sécurisée avec l'équipe médicale. Les modalités en place lui permettant d'exprimer sa satisfaction, formuler une réclamation ou signaler un évènement indésirable associé aux soins (EIAS), ne sont pas toujours connues. Par ailleurs, les échanges ont montré qu'une minorité des patients a connaissance du recours possible aux associations de bénévoles susceptibles de l'accompagner. Les observations confirment que les pratiques des professionnels sont respectueuses et bienveillantes tout au long du parcours. Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est respecté à l'exception des chambres doubles par un aménagement des salles de bain ne permettant pas la séparation du linge de toilette, l'absence d'un paravent ayant toutefois été retrouvé en cours de visite. S'agissant de la confidentialité des informations, elle est respectée dans tous les secteurs. Tout au long de son séjour, le patient âgé ou porteur d'un handicap bénéficie d'évaluations régulières et d'adaptations de prise en charge afin d'assurer le maintien de son autonomie, notamment dans ses déplacements ou encore dans les actes de la vie quotidienne (évaluation par l'équipe médicale et paramédicale). Pour les situations le nécessitant, une aide pour répondre aux besoins élémentaires est assurée (nutrition, hygiène, hydratation...). S'agissant de la contention, les professionnels connaissent et appliquent les dispositions à respecter à l'exception de la surveillance qui n'est pas toujours prescrite et/ou tracée. Concernant la prise en charge de la douleur, les patients ont témoigné d'une prise en charge effective et adaptée. Les échelles d'évaluation sont appropriées. Toutefois, les modalités de prescription d'antalgiques en « si besoin » ne sont pas toujours corrélées aux résultats de l'évaluation chiffrée de la douleur du patient. Les proches sont associés lorsqu'une difficulté est identifiée et notamment dans certaines prises en

charges (troubles du comportement, situation de fin de vie, barrière de la langue). En dehors des horaires de visite, leur présence est facilitée (lit accompagnant pour les situations de fin de vie ou encore présence pour l'aide au repas). Les conditions de vie et de lien social du patient font l'objet de démarches spécifiques. Le patient en situation de vulnérabilité bénéficie d'une attention particulière notamment avec la participation de l'assistante sociale et du psychologue permettant de répondre aux difficultés identifiées. De plus, afin de développer et maintenir le lien social, des activités festives et ludiques sont organisées pour les patients d'USLD (implication des familles, intervention d'une association de gym douce, organisation de jeux, de concerts, mise à disposition de presse, jukebox, espace snoezelen, atelier mémoire...). Le programme d'activité est affiché mais n'est pas remis au patient. Pour la clinique du RIED, la préparation de la sortie est réalisée dès l'admission et associe le patient et/ou ses proches si besoin. L'équipe évalue les modalités de sortie adaptées à la situation et aux besoins du patient.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée à l'exception de l'antibiothérapie pour laquelle la réévaluation de la pertinence entre la 24ème et la 72ème heure n'a pas toujours été retrouvée dans les dossiers consultés. Les situations complexes sont systématiquement discutées en réunions pluridisciplinaires et peuvent associer les équipes spécialistes (équipe mobile de soins palliatifs, cardiologie, neurologie...). Les demandes d'admission donnent lieu à une évaluation pluriprofessionnelle (commission d'admission quotidienne) et la réévaluation du maintien de la prise en charge est réalisée lors des réunions de synthèses hebdomadaires permettant d'ajuster le projet de soins. Quand cela est compatible et/ou à la demande du patient, le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) est recherché avec le patient et/ou ses proches au plus tôt de la prise en charge (mode de sortie rare). Le projet de soins est co-construit avec le patient en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation (médicale, psychologique, sociale, nutritionnelle) et à partir de ses préférences et de ses besoins (selon le schéma de Virginia Anderson). Ce projet est partagé et réévalué tout au long du séjour avec l'équipe pluridisciplinaire lors de transmissions quotidiennes et de staffs réguliers. Le dossier du patient est accessible. Tous les intervenants (médecins, soignants, éducateurs, fonctions supports) ont accès au dossier informatique mais certains éléments nécessaires au suivi de la prise en charge du patient ne sont pas toujours tracés (surveillance sonde de stomie, suivi et bilans de kinésithérapie en USLD...). L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise en externe ou en interne (douleur, infectiologie, équipe de soins palliatifs pour les fins de vie, ou encore avis de spécialistes : angiologue, pneumologue, psychiatre...). En fin de vie, une démarche palliative est mise en place en cohérence avec les volontés du patient et/ou proches de façon coordonnée avec si besoin le recours à une équipe mobile de soins palliatifs (HUS, clinique de la Toussaint faisant partie du groupe Hospitalier Saint Vincent de Strasbourg). La lettre de liaison est remise au patient à la sortie. Elle est déversée au Dossier Médical Partagé (DMP) une fois formalisée (uniquement pour la clinique du RIED) et adressée au médecin traitant et médecin adresseur via une messagerie sécurisée ou postale le cas échéant. En cas de transfert en structure hospitalière, les informations nécessaires à la continuité des soins sont transmises en temps utile. Les règles d'identitovigilance sont connues. La qualification de l'INS (Identité Nationale de Santé) s'effectue au niveau du bureau des admissions pour chacune des deux cliniques, conformément aux exigences prévues dans le référentiel national d'identitovigilance (pièce à haut niveau de confiance et appel du téléservice INSi). Le taux de qualification de l'INS est suivi mensuellement via une requête par le service qualité, le taux actuel est de 77 %. Les équipes contactent le bureau des entrées en cas de doute sur un dossier. Chacun est sensibilisé à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. A l'exception d'un patient, tous disposaient d'un dispositif d'identification (bracelet pour l'HC et tour de cou pour l'HDJ). Le risque de dépendance iatrogène est maîtrisé par les équipes (évaluations, facteurs de risques identifiés, actions de prévention et interventions tracées et mises en œuvre). Le dispositif de vigilances sanitaires n'est pas totalement opérationnel. Les vigilances applicables, les correspondants locaux et l'organisation de la gestion des alertes (signalements ascendants et descendants) sont définis et en place mais restent encore méconnus de certains professionnels concernés. Les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments sont respectées. L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur. Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique ; laquelle n'intègre pas les données du dossier pharmaceutique (non encore déployé). Les avis pharmaceutiques sont tracés au dossier et pris en compte par les prescripteurs. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont respectées à l'exception des médicaments injectables pour lesquels les étiquettes ont été corrigées en cours de visite pour respecter les recommandations (suppression du numéro de chambre et identification complète du patient). La gestion des médicaments à risque est

maîtrisée à l'exception du stockage et de la manipulation des insulines. En effet, il a été constaté que les insulines de concentration et de libération différentes sont stockées dans un même bac, voire dans un même sachet dans le réfrigérateur à médicaments de la salle de soins ou encore que la date de sortie du stylo du frigidaire n'était pas toujours indiquée. De plus, lors de la manipulation d'un sachet (fermeture difficile), un stylo à insuline tombé au sol a été remis dans le chariot de distribution des médicaments sans désinfection, ni vérification de l'intégrité de la cartouche. En cours de visite, l'établissement a corrigé les anomalies par la mise en place de bacs pour la séparation des doses et un rappel sur les bonnes pratiques a été fait aux équipes. Post-visite, l'établissement indique avoir sensibilisé l'ensemble des infirmiers sur le stockage des médicaments à risque dont les insulines et avoir vérifié la conformité des pratiques par plusieurs audits. Toutefois, l'appropriation et la pérennité du dispositif n'a pas été évalué en visite. Les médicaments à risque sont identifiés. Les professionnels, sensibilisés et formés, connaissent les risques spécifiques induits par l'utilisation des médicaments à risque. La liste des médicaments à risque est adaptée et affichée dans toutes les salles de soins. Les modalités d'approvisionnement et de transport sont conformes. Les équipes veillent à la continuité du traitement médicamenteux à la sortie du patient. Le bilan thérapeutique est intégré à la lettre de liaison (traitement d'entrée et de sortie avec une synthèse thérapeutique) et expliqué au patient. Les bonnes pratiques de précautions complémentaires et standard sont connues et mises en place sauf pour quelques locaux pour lesquels le bionettoyage a été réajusté en cours de visite. Concernant les dispositifs invasifs, les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates. Une politique de promotion de la vaccination est menée : campagne annuelle d'information, accès gratuit à la vaccination et analyse du dispositif. L'indicateur VAG (vaccination antigrippale) est suivi et connu (10% pour la campagne 2023). Les déplacements des patients en intra hospitalier sont assurés par les rééducateurs avec un souci d'information, de confort et de sécurité du patient. Le matériel est opérationnel, révisé et en quantité suffisante. Les équipes améliorent leurs pratiques et mettent en place des actions d'amélioration en se fondant sur l'évaluation de la satisfaction des patients. S'agissant de l'expérience patient, des plaintes et réclamations et des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), seule une majorité de professionnels mobilisent les résultats pour en identifier des actions d'amélioration. De plus, les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles au regard de résultats cliniques sont peu développées. Les professionnels connaissent le dispositif et circuit de signalement des EIAS. Il y a peu de déclaration voire aucune au niveau de l'HDJ considérant qu'il n'y a pas eu de situation relevant de ce dispositif (pour RIED sur 78 signalements en 2023 ; 11% concernent le médicament ; 30% le parcours et 38% les fonctions logistiques et pour l'ILL 13 signalements). Un rappel aux équipes des conditions et des sujets à déclarer a été effectué. L'analyse systémique des causes est effectuée avec la méthode ORION mais plus systématiquement avec la méthode ISHIKAWA (2 CREX sur les 6 derniers mois et 1 événement indésirable grave-EIG). Les actions d'amélioration en réponse sont intégrées au plan d'action institutionnel et suivies. Les comptes rendus d'analyse de CREX sont diffusés sur le portail qualité. Certains professionnels rencontrés ont rapporté ne jamais avoir participé à ce type d'analyse et méconnaissaient les actions d'amélioration ainsi que les modalités d'accès à ces comptes rendus. Les EIG font l'objet d'une déclaration sur le portail de l'ARS et d'une information au patient et/ou aux proches. Toutefois, la traçabilité de l'information n'est pas systématiquement retrouvée pour les EIAS ayant fait l'objet d'un CREX. S'agissant de la prestation de biologie et d'imagerie, les professionnels sont satisfaits au sujet du service rendu (délais de rendez-vous, de réalisation des examens et d'envoi des résultats dans des délais adaptés). Les non-conformités sont partagées en temps réel et les modifications d'organisation sont mises en place si besoin.

Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. De nombreux partenariats nécessaires à la fluidité des parcours et permettant d'assurer le suivi du patient et la gestion des complications sont établis. En complément, la participation aux dispositifs de coordination permet de favoriser la continuité des soins via le PRADO, ESCALE, le CPTS du Grand Est... Des circuits courts sont organisés pour éviter le passage des patients âgés aux urgences. Les délais de délivrance de la lettre de liaison sont suivis (97% de conformité). Les modalités de communication permettent aux patients ainsi qu'à leurs proches et aux correspondants médicaux extérieurs de contacter aisément l'établissement. S'agissant de la recherche clinique, l'établissement n'a pas initié de démarche de promotion en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire. Des dispositifs de recueil de l'expression du patient sont en place : dispositif e-Satis pour le SMR, questionnaires de sortie et spécifiques (restauration, PREM'S). La promotion de la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont inscrites dans les valeurs de l'établissement et partagées par l'ensemble des professionnels qui veillent à avoir une communication centrée sur le patient. Toutefois, l'effectivité du repérage des situations de maltraitance n'est pas évaluée et l'analyse issue du codage PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) n'est pas effectuée. De fait, les actions d'amélioration en réponse ne sont pas identifiées. En termes d'accessibilité des locaux à toute forme de handicap, certaines dispositions matérielles ne sont pas en place (absence d'information vocale au niveau des ascenseurs, boucle magnétique au niveau des accueils...pour exemple) mais sont compensées par l'accompagnement des personnels en poste, si besoin. De plus dans certains services, l'encombrement des couloirs par des chariots à certains moments de la journée rend difficile la déambulation des patients ayant une mobilité fragile ou réduite. Des mesures favorisent l'accès aux soins des personnes vulnérables (référénts identifiés parlant une langue étrangère, participation de l'assistante sociale et du psychologue...). L'accès du patient à son dossier est organisé dans les délais requis. La gouvernance a défini une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins traduite en actions concrètes dans le plan d'action. Elle s'implique et suit la mise en œuvre de cette politique qui bénéficie, outre les ressources internes, de l'appui du groupe. Le portail qualité, les temps de sensibilisation (demi-heure qualité), les supports institutionnels à disposition des professionnels contribuent à leur acculturation. Toutefois, la culture de sécurité des soins n'est pas évaluée. Post-visite, l'établissement indique avoir mené cette évaluation pour laquelle les résultats sont en cours d'analyse. Afin de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, l'établissement est parvenu à stabiliser ses équipes médicales et paramédicales et en cas de manque de ressources ponctuelles, des dispositions transitoires sont mobilisables : vacataires réguliers soignants et médicaux, remplacement en interne avec mobilisation d'heures supplémentaires, entraide, plateforme en ligne de gestion des remplacements, réorganisation des prises en charge. Les encadrants sont formés au management (programme « IMPACT » sur 24 jours) et soutenus dans leur fonction (partage d'expérience et entraide). Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent (staffs, réunions de service, team building...). La gouvernance veille au maintien et au développement des connaissances et compétences individuelles et collectives des équipes. Toutefois, pour les équipes rencontrées, il n'avait pas été proposé de programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences en équipe. Le comité éthique a récemment été mis en place. L'état des lieux des questionnements n'a pas été réalisé et certains professionnels rencontrés n'identifient pas les questionnements éthiques et le cadre opérationnel (interne et externe) pour aborder ces problématiques en temps opportun. La gouvernance mène une démarche de qualité de vie au travail (QVT) au plus près du terrain. Le groupe a réalisé une enquête sur la QVT en 2022. Une politique est formalisée et des objectifs sont définis au Projet Social. Cette démarche est partagée avec le CSE (Comité Social et Economique) et est portée par un Comité

QVT. De nombreuses actions pour fédérer et renforcer la cohésion du personnel sont menées. Des dispositifs de soutien psychologique en interne et en externe (numéro d'écoute mis en place par le groupe) sont en place et connus. S'agissant de la gestion des conflits, l'accompagnement des professionnels après la phase de conciliation/médiation n'est pas organisée et la grande majorité des professionnels méconnaissent les dispositifs de résolution de conflits et d'accompagnement à l'extérieur de l'établissement. Le plan de gestion des tensions hospitalières est en cohérence avec le dispositif ORSAN au regard de l'activité. La gestion de crise est organisée et les professionnels connaissent les modalités d'alerte. Une cellule de crise est constituée et un exercice (juillet 2023) a permis de valider son opérationnalité dans les délais requis. Un RETEX (retour d'expérience) a été formalisé avec l'identification d'action d'amélioration. D'autres exercices sont programmés sur 2024. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. Le plan de sécurisation est formalisé et adapté aux risques identifiés par l'établissement. Les accès aux locaux sont sécurisés. Les situations à risques pour les professionnels sont répertoriées dans le document unique et dans des conduites à tenir s'agissant du patient. Toutefois, certains patients méconnaissent les règles de sécurité et les solutions de sécurisation pour leurs objets personnels. L'établissement a initié une démarche concernant les préoccupations relatives au développement durable et aux risques environnementaux (suivi des consommations, référent développement durable, diagnostic de performance énergétique, actions initiées). Cependant, il reste à organiser et déployer le tri des déchets sur certains flux obligatoires (papier, plastique, bio-déchets), la sensibilisation des professionnels et des patients aux écogestes et un plan d'action pour la maîtrise des risques environnementaux. Cette démarche va être structurée avec l'arrivée de la responsable RSE groupe (Responsabilité Sociétale des Entreprises). De plus, concernant le circuit des DASRI, il a été constaté que le local centralisé n'est pas conforme aux recommandations (murs non lessivables et absence de siphon au sol pour l'évacuation des eaux usées). A ce constat, l'établissement a indiqué que des travaux étaient programmés. Post-visite, il a été indiqué que le devis de mise en conformité du local DASRI est en cours. Cet élément n'a pas été évalué. La gestion de l'urgence vitale (UV) est organisée : matériel dédié accessible et vérifié, suivi des formations AFGSU, numéro d'appel unique dédié et connu des professionnels. Toutefois, il n'y a pas d'exercice de mise en situation. L'établissement ayant privilégié dans un premier temps la formation des professionnels de santé. Par ailleurs, il n'a pas été mené d'évaluation du dispositif dans sa globalité permettant de valider son efficacité. La gouvernance mobilise les équipes dans l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Il existe une veille règlementaire (experts métiers, abonnement aux revues et/sites professionnels ou sociétés savantes, veille groupe...). Certains professionnels expriment ne pas être associés à la formalisation et/ou mise à jour des procédures. De plus, les professionnels rencontrés n'avaient pas connaissance de revue de pertinence menée dans l'établissement ainsi que des actions d'amélioration et des indicateurs en lien. L'établissement analyse, exploite et communique les IQSS à l'exception des Représentants des Usagers (RU). En effet, les 4 RU ont démissionné de leur fonction en avril 2023. L'établissement a sollicité le renouvellement des RU à l'ARS courant mai 2023 et a mis en place une affiche en interne pour la recherche de RU. Au moment de la visite, ces postes sont non pourvus et de fait il a été constaté l'absence de partage de tout sujet lié à la qualité et la sécurité des soins, entre autres sur les IQSS, les résultats de la satisfaction et de l'expérience patient, les EIAS-EIG, les questionnements éthiques, la politique qualité, ... Cette absence de représentation n'a pas permis d'assurer le dialogue et de débat entre les professionnels et les usagers ayant pour but d'améliorer le fonctionnement et l'organisation de l'établissement en termes de qualité et de sécurité des soins et de veiller au respect des droits des usagers. Les derniers échanges avec l'ARS indiquent que la totalité des candidatures de RU sera transmise à l'établissement au mois de mai 2024. Le renouvellement des RU sur 2024 permettra de relancer la dynamique en faveur de l'accompagnement des usagers, de défense des droits, de remontées des besoins des usagers et de propositions d'actions d'amélioration. Néanmoins tout au long de cette période, l'établissement a continué à réunir la Commission des Usagers avec les membres internes à la structure et à dérouler les points devant être traités : analyses de la satisfaction et expérience patient, gestion des événements indésirables, suivi des plaintes et réclamations, point sur les formations et sensibilisations... La HAS prononce une non-certification et

encourage prioritairement l'établissement à :? Pérenniser la maîtrise du circuit de stockage des médicaments thermosensibles à toutes les étapes et la formation des professionnels Favoriser l'appropriation des patients de leurs droits Systématiser la traçabilité et la prescription de la surveillance de la contention mécanique Systématiser la réévaluation de l'antibiothérapie entre 24ème et 72ème heure Systématiser la traçabilité de l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge des patients dans leur dossier Renforcer la démarche qualité et la démarche éthique Développer la culture de la déclaration des évènements indésirables associés aux soins en HDJ Mettre en œuvre la politique du développement durable Réaliser des exercices de mises en situation d'urgence vitale et évaluer l'efficacité du dispositif de gestion en place Systématiser la remise du programme des activités aux patients en USLD Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

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	920030855	SAS CLINEA	12 rue jean jaures 92800 PUTEAUX FRANCE
Établissement principal	670002278	CLINIQUE DU RIED	1 rue du chateau d'angleterre 67300 SCHILTIGHEIM FRANCE
Établissement géographique	670797729	CLINIQUE DE L'ILL	1 rue du chateau d'angleterre 67302 Schiltigheim FRANCE

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

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

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

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	101
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	45
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
3	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique injectable
4	Audit système			
5	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Audit système			
11	Audit système			
12	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique per os
13	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
15	Audit système			
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque et/ou Antibiotique per os ou injectable
18	Traceur ciblé			PSL Non applicable
19	Audit système			

20	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système			
23	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
24	Traceur ciblé			EIG ou presque accident en fonction de la liste fournie par l'ES
25	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Audit système			

27	Parcours traceur		Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Audit système			
33	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

