



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE DE JOUR
MIRABEAU ET
CLINIQUE DE JOUR
CHARONNE**

37 RUE SEBASTIEN MERCIER
75007 PARIS



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 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	23
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	24
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	26
Chapitre 3 : L'établissement	27
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	27
Synthèse du chapitre 3	28
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	31
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	32
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	34
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	35

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 DE JOUR MIRABEAU ET CLINIQUE DE JOUR CHARONNE	
Adresse	37 RUE SEBASTIEN MERCIER 75007 PARIS FRANCE
Département / Région	Paris / Ile-de-france
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	750066243	HPA-SSR ADDICTO PARIS 15	37 RUE SEBASTIEN MERCIER 75007 PARIS FRANCE
Établissement principal	750064479	CLINIQUE DU JOUR MIRABEAU	37 RUE SEBASTIEN MERCIER 75007 PARIS FRANCE
Établissement juridique	750069031	SARL HPA SSR ADDICTO PARIS 20	31 BOULEVARD DE LA TOUR MAUBOURG 75007 PARIS FRANCE
Établissement géographique	750069049	HDJ HPA SSR ADDICTO PARIS 20	73 rue des Vignobles 75020 PARIS FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les 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

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



Évalué **2** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **9** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 2 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
- 0 prescription(s) d'isolement
- 2 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 :

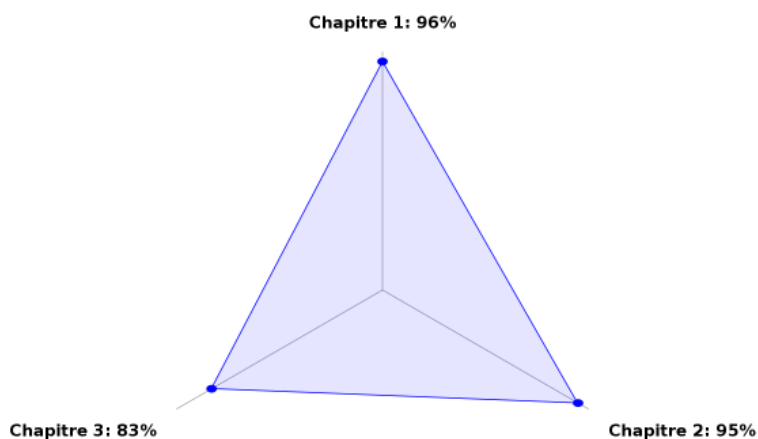
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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 maîtrise 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	96%
Chapitre 2	Les équipes de soins	95%
Chapitre 3	L'établissement	83%

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.

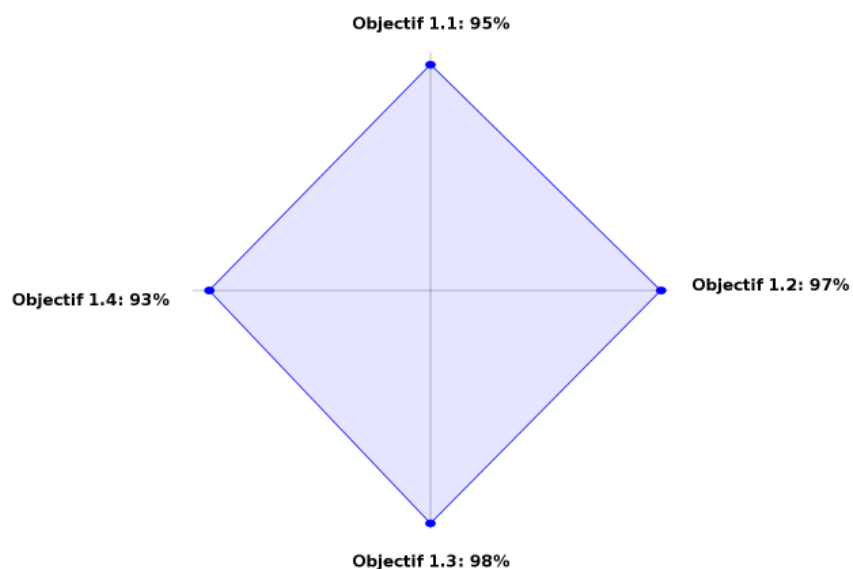
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager 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%
2.2-02	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	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presque accidents	88%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	50%

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	75%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	Non Applicable
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	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%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **96%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	95%
1.2	L'information du patient	97%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	93%

Synthèse du chapitre 1

Les patients témoignent d'une prise en charge bienveillante et respectueuse de leur intimité et de leur dignité. Les cliniques de jour de Mirabeau et Charonne sont accessibles aux personnes en situation de handicap.

Les professionnels sont attentifs à préserver la confidentialité et le secret professionnel. L'accès au dossier patient est sécurisé et contrôlé.

Tous les patients font l'objet d'une information sur leurs droits à émettre des directives anticipées ; un formulaire adapté au recueil leur est proposé. Si besoin, le patient est accompagné dans cette démarche par les médecins. Lorsqu'elles existent, elles sont accessibles dans le dossier. Cependant, le travail en lien avec les correspondants externes pour les aborder et les recueillir en amont de l'hospitalisation n'est pas réalisé.

La douleur est prise en compte dès l'admission. Elle est évaluée et tracée dans le dossier du patient.

L'établissement dispose d'une procédure de repérage et de signalement des situations de maltraitance externe. Les professionnels sont sensibilisés et formés à leur détection. Le repérage est réalisé systématiquement lors de l'évaluation médicale initiale. Les modalités de protection du lanceur d'alerte n'étaient pas formalisées au moment de la visite. La procédure a été complétée en cours de visite. Le suivi des cas de maltraitance externe est réalisé. Une communication est faite en commission des usagers (CDU) le cas échéant.

L'accès du patient à son dossier est organisé. La consultation est possible et accompagnée si nécessaire. Les délais de remise du dossier sont suivis et communiqués en CDU.

L'établissement n'est pas confronté à la prise en charge des décès. Une conduite à tenir a toutefois été formalisée si besoin.

Le patient est informé sur son séjour dès l'entretien d'admission. Un livret d'accueil et un passeport lui sont systématiquement remis. Il est informé sur ses droits et ses devoirs.

Le patient reçoit les informations relatives à son état de santé tout au long de son parcours. En cas d'évènement indésirable associé aux soins, il est informé des actions mises en place immédiatement et/ou après analyse pluriprofessionnelle.

La préparation de la sortie est anticipée et réalisée avec le patient en pluri disciplinarité. Les consignes de suivi lui sont expliquées et une lettre de liaison lui est remise et versée au dossier médical partagé (DMP).

Les informations concernant les modalités de contacter les représentants des usagers (RU) n'étaient pas présentes au moment de la visite. L'établissement a été réactif et ce point a été réajusté en cours de visite. Si les patients rencontrés ont pu témoigner de leur connaissance des RU, ils n'ont toutefois pas connaissance de la possibilité de déclarer un évènement indésirable ou qu'un médiateur est disponible en cas de situation difficile.

L'engagement du patient dans son projet de soins est recherché. Une « semaine découverte » lui est

proposée. Les programmes thérapeutiques (aide au changement, consolidation et aide au maintien) sont discutés avec lui en fonction de ses besoins. Le recueil de son consentement éclairé est tracé. Le projet personnalisé de soins est construit après une évaluation initiale globale et pluridisciplinaire. Il est formalisé dans le dossier patient informatisé (DPI)

La désignation de la personne de confiance est tracée dans le dossier. Cependant, sa cosignature n'a pas été retrouvée dans tous les dossiers. L'établissement a revu son organisation afin d'apporter des actions correctives.

Le patient bénéficie d'actions adaptées pour promouvoir sa santé et réduire ses risques tels que des ateliers "Escape Game », des journées thématiques (over doses / journée nationale sans tabac...). De nombreux messages de santé publique sont également mis à sa disposition du patient dans les lieux d'accueil (guides éducatifs pour la gestion du stress par exemple).

Le maintien de l'autonomie est recherché pour le patient en situation de handicap (adaptation des modalités des séances de réadaptation par la psychomotricienne et par l'enseignant en activité physique adaptée (EAPA)...).

Lorsqu'une situation de précarité sociale est identifiée, le patient est orienté vers les assistantes sociales du centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou du centre médico psychologique (CMP) ou de ville.

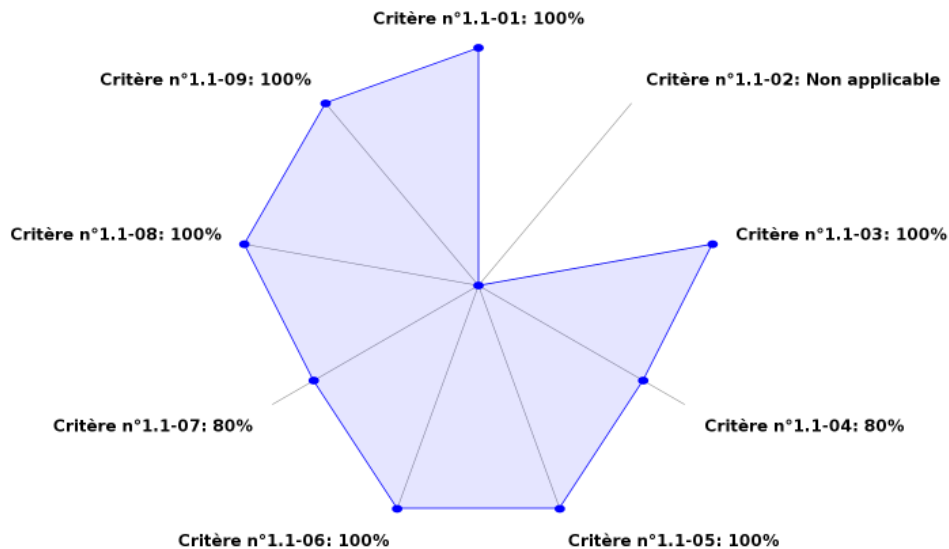
Dans les situations difficiles, les proches peuvent être reçus en entretien d'écoute et de soutien par le médecin, un accompagnement associatif spécifique peut leur être proposé (AL ANON destiné au soutien des proches...)

Le patient est incité à exprimer sa satisfaction via un questionnaire interne remis à la sortie mais également lors des ateliers ponctuels, semaines à thème et en fin de cycles. Le questionnaire de sortie intègre le résultat pour le patient. D'autres moyens sont déployés tels que les entretiens individuels de recueil de l'expérience patient à la fin de la semaine découverte et un cahier des plaintes, réclamations et éloges. Les professionnels sont informés des résultats des questionnaires de satisfaction ainsi que des actions mises en place (casiers sécurisés dans les vestiaires patients, le café des patients ...).

Un projet des usagers est formalisé. Les cliniques de Mirabeau et Charonne ont intégré chacune un patient ou ancien patient qui participent à la CDU. Cependant, ces derniers ne mènent pas d'actions de sensibilisation et d'information au sein de l'établissement. La CDU est informée et analyse les retours des questionnaires de satisfaction. Elle est également informée des événements indésirables et des plans d'actions décidés.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

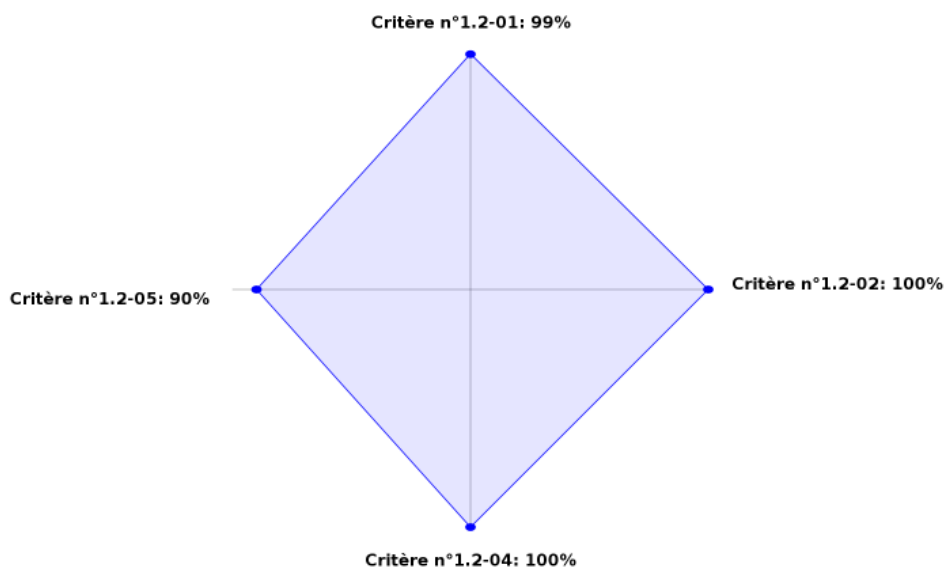
Score de l'objectif **95%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
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	80%
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	80%
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	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

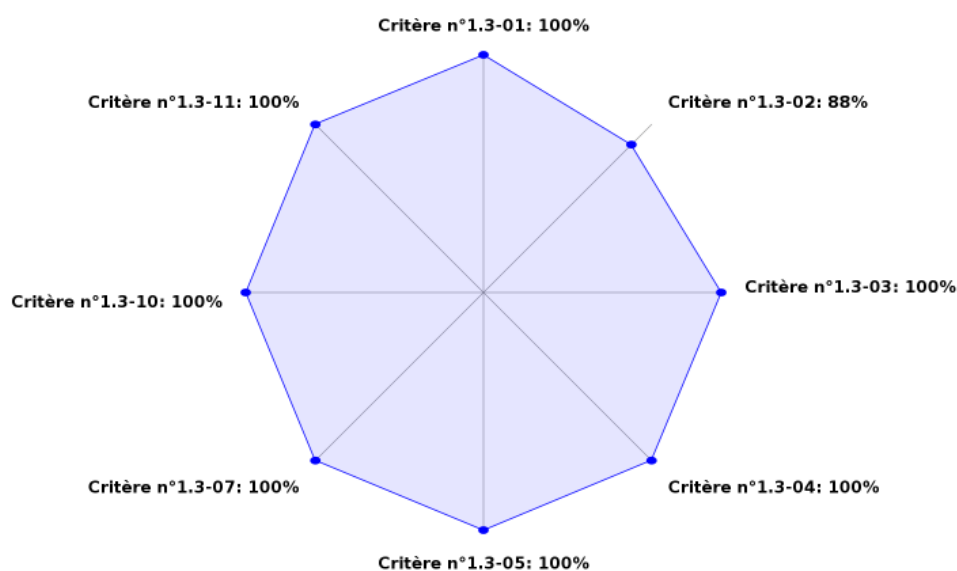
Score de l'objectif **97%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	99%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
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.	90%

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

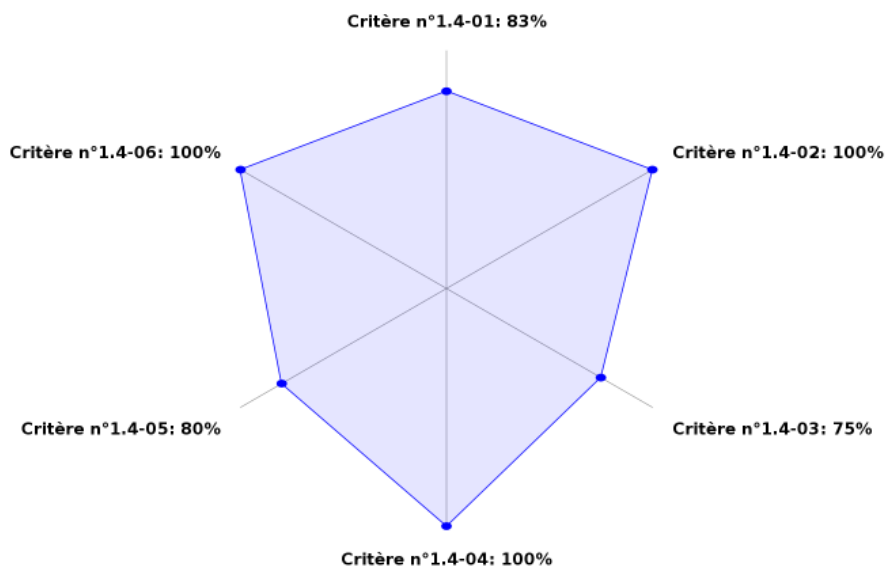
Score de l'objectif **98%**



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	88%
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%
1.3-10	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	100%

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

Score de l'objectif **93%**

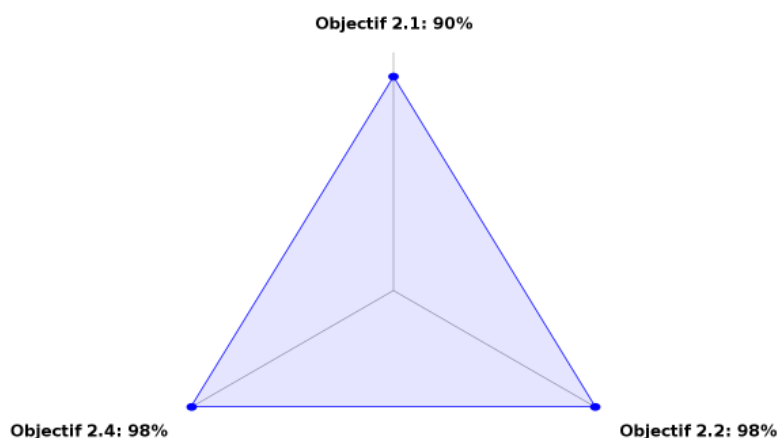


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	83%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	100%
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 **95%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	90%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	98%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	98%

Synthèse du chapitre 2

Les courriers d'adressage sont retrouvés dans le dossier du patient.

Les professionnels, formés à la bonne utilisation du système d'information, ont accès en temps utile à tous les éléments du dossier concourant à une bonne coordination de la prise en charge. La traçabilité de tous les intervenants (médecins, infirmières, psychologues, EAPA ...) a été retrouvée. Les médecins peuvent également consulter le DMP.

Le projet personnalisé de soins est élaboré en équipe pluridisciplinaire. Il est réévalué lors des staffs hebdomadaires. Pour les situations complexes, les partenaires du CMP, du CSAPA ... peuvent être associés. En cas de besoin, des experts peuvent être sollicités en externe (psychiatres, neuropsychologue de la clinique des Epinettes, équipe d'hépatologie de l'hôpital Saint Antoine ...)

A l'admission, un contrat d'observance est signé par le patient qui s'engage à prendre ses médicaments en dehors du temps de présence en hôpital de jour (HDJ). Il est invité à signaler à l'équipe tout changement dans son traitement habituel.

La prise en charge des troubles nutritionnels n'a été observée que dans un HDJ.

A la sortie, une lettre de liaison comportant toutes les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge est remise au patient et versée au DMP. Le délai de délivrance de la lettre de liaison est suivi.

Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. L'organisation de l'identitovigilance repose sur un comité de pilotage, un référent identifié au niveau de chaque site et une cellule opérationnelle chargée du traitement des doublons et des collisions. La qualification de l'identité nationale de santé (INS) est effectuée par du personnel formé et habilité.

La prescription médicamenteuse est réalisée de manière ponctuelle notamment dans le cadre de l'urgence vitale ou relative. Lorsqu'elle est établie, les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et d'administration. La prescription conditionnelle, en référence à un seuil, est paramétrée dans le DPI.

Les cliniques Mirabeau et Charonne disposent d'une dotation de médicaments, en cas de besoin et pour le sac d'urgence, délivrés par la pharmacie centrale des Epinettes. Le transport des médicaments est assuré par un transporteur agréé. Cependant, les conditions de stockages des médicaments, dans l'armoire à pharmacie, ne respectent pas les bonnes pratiques (plusieurs spécialités pharmaceutiques sont rangées dans un même bac sans séparateurs). La pratique a été réajustée en cours de visite.

Les professionnels sont formés à la prévention des erreurs médicamenteuses.

Les précautions standard et complémentaires sont connues et appliquées. L'organisation s'appuie sur un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) commun aux HDJ du réseau Hospitalisation Privée d'Addictologie (HPA) qui se réunit 3 fois par an. Les protocoles sont accessibles dans la gestion documentaire. Les équipes sont formées (e-learning hygiène des mains, grippe). Le parcours d'intégration des nouveaux arrivants intègre un temps de sensibilisation à l'hygiène. Une sensibilisation des professionnels et des patients est réalisée lors de la campagne bi annuelle "Journée hygiène des mains". Des audits « Pulpe' friction » sont menés et les résultats sont présentés en CLIN HPA et aux

équipes de terrain.

La conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang (AES) est formalisée et adaptée à l'activité d'HDJ.

En cas d'urgence vitale, les professionnels connaissent le numéro d'appel unique et dédié pour joindre directement un médecin habilité. Un sac d'urgence est disponible dans chaque clinique et contrôlé régulièrement. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence et des exercices de simulation sont organisés.

Les professionnels disposent de procédures et protocoles intégrant les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes (société française d'alcoologie, collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalier ...). Il existe une gestion électronique documentaire (GED) commune à l'ensemble du réseau HPA et une GED spécifique à chaque clinique.

La culture de la pertinence et de l'évaluation est diffusée au sein des équipes. Les demandes d'admission sont traitées quotidiennement et font l'objet d'une analyse pluriprofessionnelle. Des indicateurs de pertinence des séjours sont suivis (durée médiane de séjour, séjours de moins de 3 semaines...)

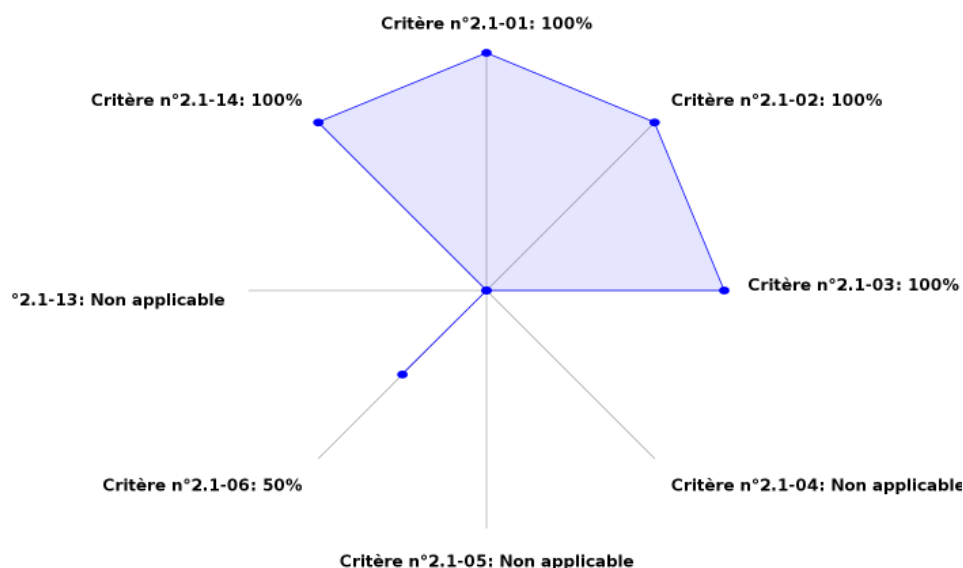
Aussi, des démarches d'évaluation des résultats cliniques sont menées telles que : l'évaluation du risque suicidaire, l'évaluation sociale, l'évaluation du projet de soin ...permettant ainsi l'amélioration continue des pratiques professionnelles.

A la clinique Mirabeau et Charonne, le recours à des mesures de restriction de liberté est limité. Une réflexion institutionnelle a permis d'identifier deux situations éligibles (patient alcoolisé ou patient amenant des toxiques). Toute restriction de liberté relève d'une décision médicale argumentée, analysée en pluriprofessionnalité et réévaluée intégrant l'information du patient.

Une démarche sur les soins écoresponsable est engagée au sein du réseau HPA (ateliers pluridisciplinaires partagés, temps collectifs, échanges de pratiques, ...) et les protocoles sont formalisés. Cependant, la mesure d'impact des actions entreprises n'a pas été retrouvée dans l'ensemble des sites.

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

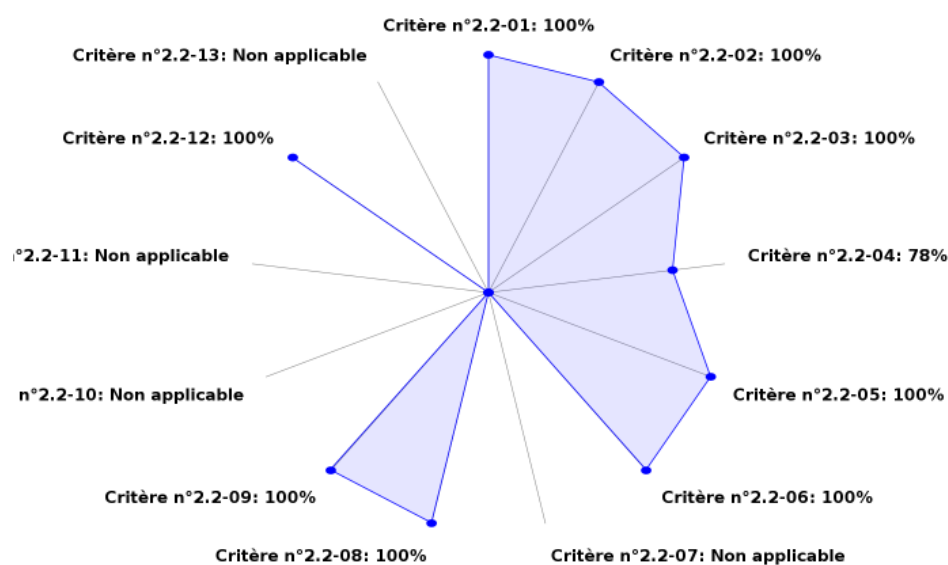
Score de l'objectif **90%**



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	100%
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	Non Applicable
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	Non Applicable
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	50%
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 **98%**

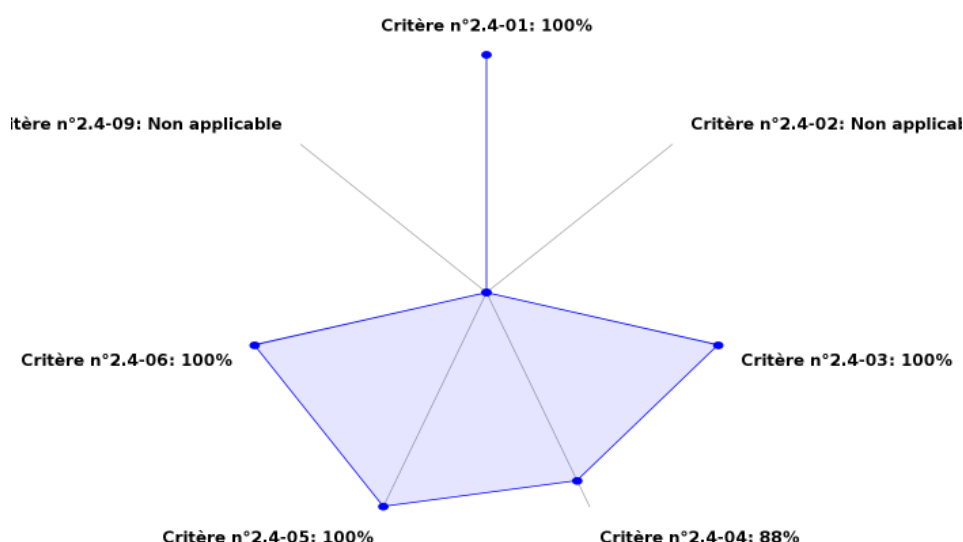


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	78%
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)	Non Applicable
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
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	Non Applicable

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	Non Applicable

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

Score de l'objectif **98%**

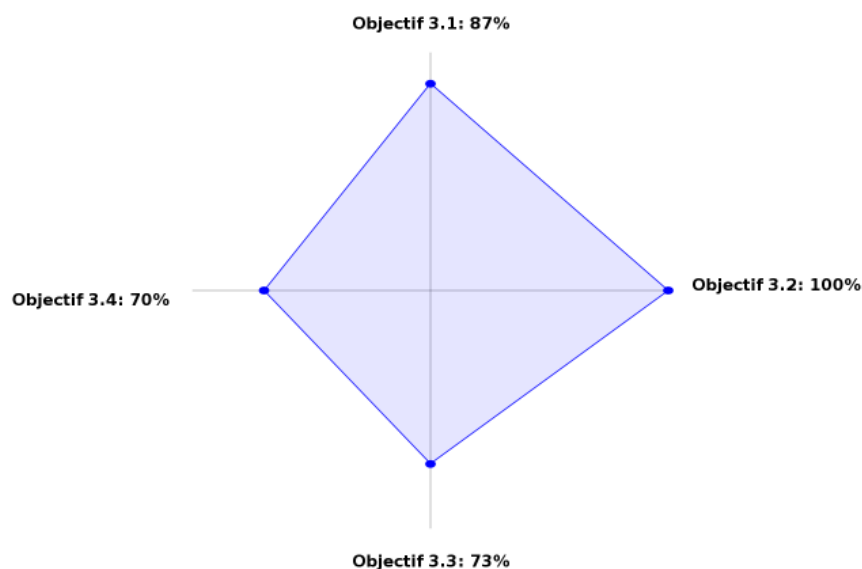


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	Non Applicable
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, 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	88%
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	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	Non Applicable

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **83%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	87%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	100%
3.3	Le positionnement territorial	73%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	70%

Synthèse du chapitre 3

La politique qualité et gestion des risques est définie en lien avec la politique réseau. Un programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) est décliné en tenant compte de l'analyse des indicateurs, des audits et de l'expérience des patients (sécurisation des effets personnels, café des patients, ajustement des ateliers thérapeutiques ...). Le suivi est réalisé par le comité de pilotage gestion des risques (Copil GDR) qui se réunit 3 à 4 fois par an.

La culture qualité et sécurité a été évaluée par le biais d'une enquête diffusée à l'ensemble des professionnels. L'encadrement a connaissance des résultats et décline des actions d'amélioration en lien.

L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables (EI) et presque accidents. Les EI graves font l'objet d'une analyse systémique des causes profondes en comité de retour d'expérience (CREX). Cependant, au moment de la visite ils n'avaient pas fait l'objet d'un signalement à l'ARS. L'établissement a été réactif et a réajusté ses pratiques. L'annonce d'un dommage est réalisée par des médecins formés.

Les bilans annuels des EI sont communiqués en staffs et dans les instances.

La gestion de crise est structurée avec identification des principaux risques dont le risque numérique. Une cellule de crise est opérationnelle en moins de 45 minutes. Un exercice a été réalisé suivi d'un retour d'expérience (RETEX) et d'actions d'amélioration.

L'établissement ne dispose pas de comité d'éthique, les équipes ont été sensibilisées. Toutefois, à ce jour le questionnement éthique n'a pas fait l'objet d'un état des lieux partagé avec l'ensemble des professionnels qui ne connaissent pas la possibilité de recourir à des ressources externes. La réflexion éthique est en cours de structuration au niveau du réseau HPA.

L'organisation médicale et paramédicale permet d'assurer une continuité et une qualité de prise en charge des patients, même en cas d'absentéisme imprévu. Des dispositifs sont mis en place en cas d'absentéisme ou congés : médecin d'astreinte du réseau, ajustement des ateliers thérapeutiques, pool de remplacement de la clinique des Epinettes, réseau de personnels contractuels...

L'accueil des nouveaux arrivants est organisé. De nombreux outils sont disponibles afin de les accompagner : livret d'accueil du nouveau collaborateur, les fonctions du manager, livret destiné aux stagiaires, application numérique HPA sur le téléphone ...).

Les compétences des professionnels sont vérifiées et évaluées. Un plan de formation est établi au regard des besoins identifiés lors des entretiens d'évaluation et en CME.

Des programmes collectifs de maintien et de développement de compétences sont organisés et des formations par simulation sont définies selon les risques identifiés (indisponibilité du DPI, simulation de gestion d'EI, gestion des urgences vitales...). Des programmes de formations sont partagés avec les structures du réseau HPA. La gouvernance soutient la pratique avancée et les délégations de tâches, par exemple des missions de gestion financière et administratives par les infirmières de coordination (IDEC)...

Un parcours de formation « Boost Manager » est structuré pour accompagner l'encadrement médical et paramédical dans ses missions. Des formations au faits de discrimination, harcèlement, violence sexiste et sexuelle sont dispensées. Un guide de bonnes pratiques managériales est élaboré et remis à chaque manager. Un tutorat est des actions de coaching par la Direction générale du réseau HPA sont mis en place.

Un document unique répertoriant les risques professionnels (DUERP) est formalisé avec un suivi en lien avec la médecine préventive. Des actions issues des risques identifiés sont mises en place (aménagement des postes de travail, réduction de la propagation du bruit ...).

Un plan de sécurisation de l'établissement (PSE) permet de prévenir les risques pour la sécurité des professionnels. Les portes d'entrée sont équipées de digicodes et un bouton d'appel d'urgence en cas d'agression est prévu. Les professionnels sont formés à la gestion de crise.

Une politique qualité de vie et conditions de travail (QVCT) est élaborée. Elle est fondée sur les résultats du baromètre social, sur les risques prioritaires du DUERP et l'analyse des indicateurs de turn over, de l'absentéisme... Des dispositifs permettant de concilier travail et vie personnelle sont proposés (charte de déconnexion, 6ème semaine de congés, formation « gestion du stress...»). Des actions comme les journées de cohésion d'équipe, les rencontre des IDEC des trois HDJ de l'HPA, les « challenge QVCT » au sein du réseau HPA favorisent la cohésion d'équipe et les rencontres inter structures.

Les professionnels connaissent l'organisation en place pour la gestion des conflits interpersonnels dont le cabinet externe de médiation.

Les cliniques de jour Mirabeau et Charonne sont des établissements de santé privés, spécialisés dans la prise en charge des troubles addictifs. Elles sont membres du réseau HPA qui regroupe des établissements privés d'addictologie sur l'ensemble du territoire français. Elles s'inscrivent pleinement dans les orientations stratégiques du Projet Régional de Santé (PRS) Île-de-France

Pour assurer une prise en charge globale, elles s'appuient sur un réseau de partenaires sanitaires et médico-sociaux, tels que des services hospitaliers d'addictologie et de psychiatrie (Hôpital Européen Georges-Pompidou, Tenon, Pitié-Salpêtrière, Saint-Antoine), ainsi que des structures ambulatoires comme les CSAPA, CMP, médecins libéraux. Une convention est établie avec les structures HPA (Tolbiac et la postcure des Épinettes).

Des associations, telles que les alcooliques anonymes ou culture du cœur interviennent pour compléter l'accompagnement thérapeutique et favoriser l'insertion sociale des patients.

Les filières de prise en charge sont structurées. Un suivi des indicateurs est en place (file active, structures d'adressage ...) et un rapport d'activité est produit annuellement.

Des rencontres avec les acteurs de territoire sont organisées pour fluidifier les parcours. Cependant, à ce jour les RETEX avec les partenaires ne sont pas réalisés.

Les cliniques participent à différents réseaux professionnels tels que le collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPPAH) qui est un lieu d'échanges pour les acteurs de l'addictologie et ADDICT'APA, qui a pour mission de fédérer une communauté d'enseignants APA en addictologie.

La prise en charge est toujours programmée au sein des cliniques Mirabeau et Charonne. Une

organisation est en place en lien, avec les autres structures partenaires et celles du réseau notamment la clinique des Epinettes, pour une orientation des patients qui nécessitent une prise en charge non programmée.

En cas de besoin de recours à une prise en charge non programmée pour une personne âgée, les praticiens peuvent prendre contact avec leurs partenaires des services gériatriques et de spécialités de l'AP-HP afin de favoriser une entrée directe sans passage par les urgences. Cependant, l'établissement n'a pas développé d'outils qui permettent une liaison en télémedecine. A ce jour, aucune situation n'a nécessité un transfert direct vers une hospitalisation complète. Un projet de déploiement d'un outil de télémedecine est en cours via une application mobile.

L'accessibilité pour les patients et les correspondants externes est facilitée par des numéros directs, adresse mail dédiée aux demandes d'admission, site internet, coordonnées sur le livret d'accueil et le passeport. Cependant la joignabilité de l'établissement n'a pas été évaluée.

Une messagerie sécurisée de santé est déployée et connue des professionnels de l'établissement.

Les cliniques de Mirabeau et Charonne participent aux missions d'enseignement du territoire en accueillant des étudiants. L'offre de stage est organisée et la satisfaction des stagiaires est évaluée.

La recherche clinique n'est pas développée. Toutefois, il est à noter que la clinique Mirabeau a favorisé l'inclusion des patients de l'HDJ à une étude scientifique menée par l'AP-HP sur les usagers de substances et les addictions.

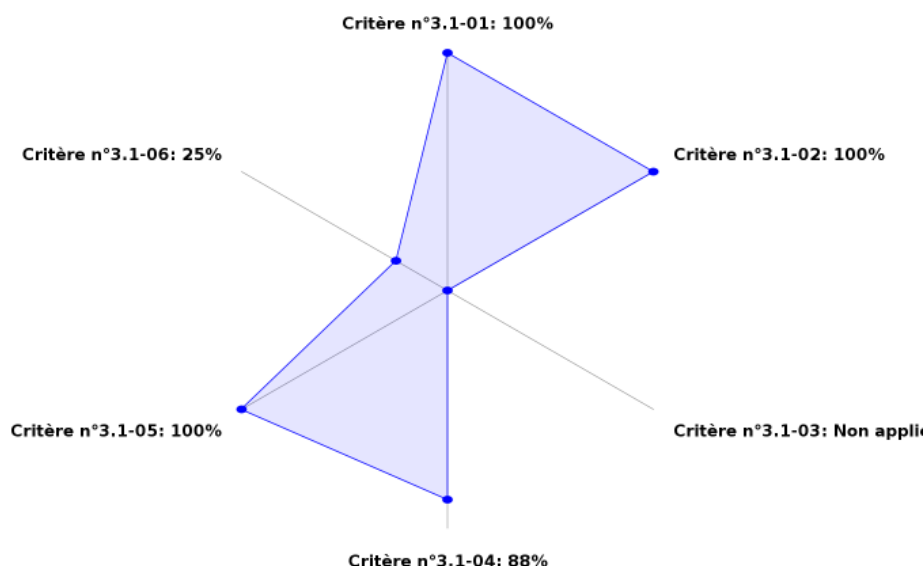
Les locaux sont propres et les équipements font l'objet d'une maintenance.

Le réseau HPA, en tant que société à mission, déploie une démarche structurée en matière d'engagement sociétal et environnemental, pilotée par un référent réseau et relayée par des ambassadeurs au sein de chaque établissement.

Les professionnels et les patients sont sensibilisés aux pratiques écoresponsables : formations e-learning, maîtrise des consommations (notamment l'eau), tri des déchets. Des ateliers participatifs « écoIHPA » ainsi que des challenges inter-établissements comme « Défi de la goutte d'eau » sont organisés. Une politique d'achats responsables est mise en œuvre, s'appuyant sur une centrale d'achats. La mobilité durable est encouragée, notamment par la prise en charge de 50 % des titres de transports en commun.

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

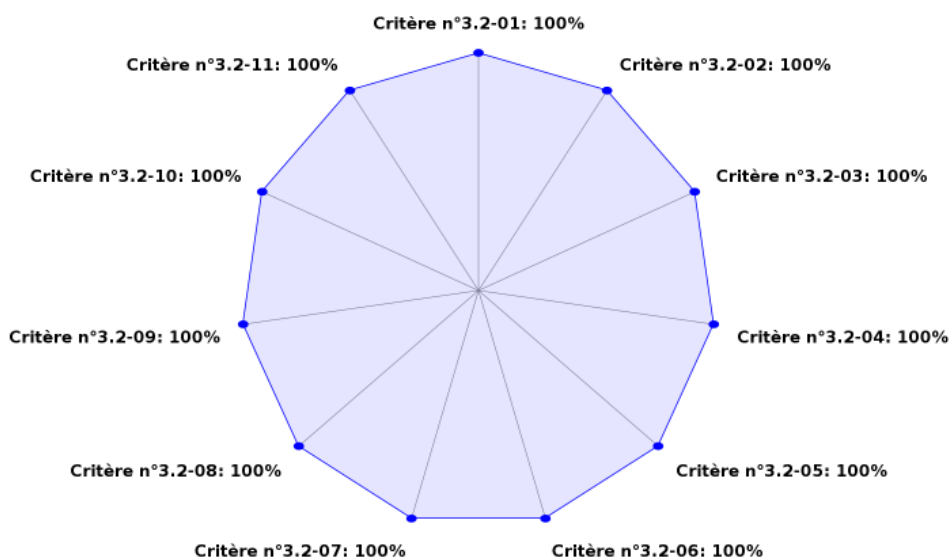
Score de l'objectif **87%**



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	100%
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 événements indésirables dont les presqu'accidents	88%
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	25%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **100%**

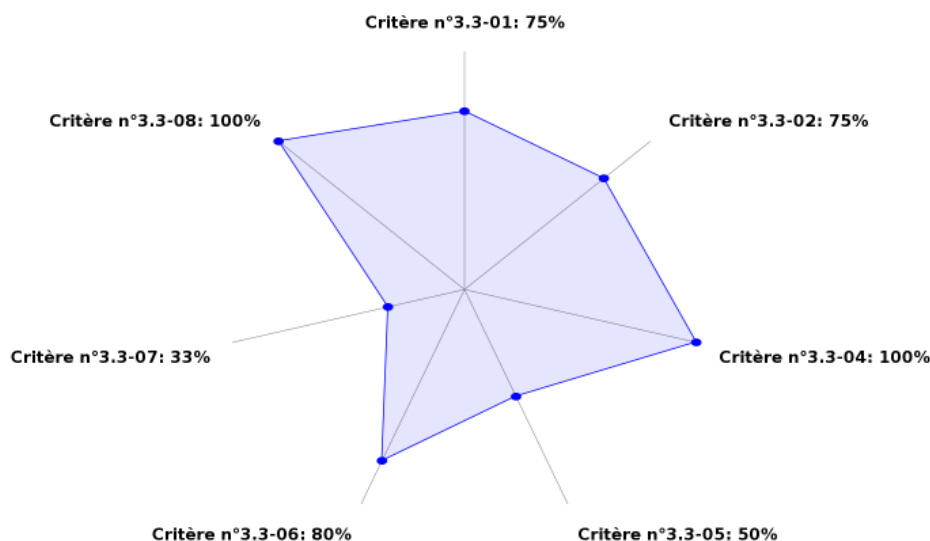


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires 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	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
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

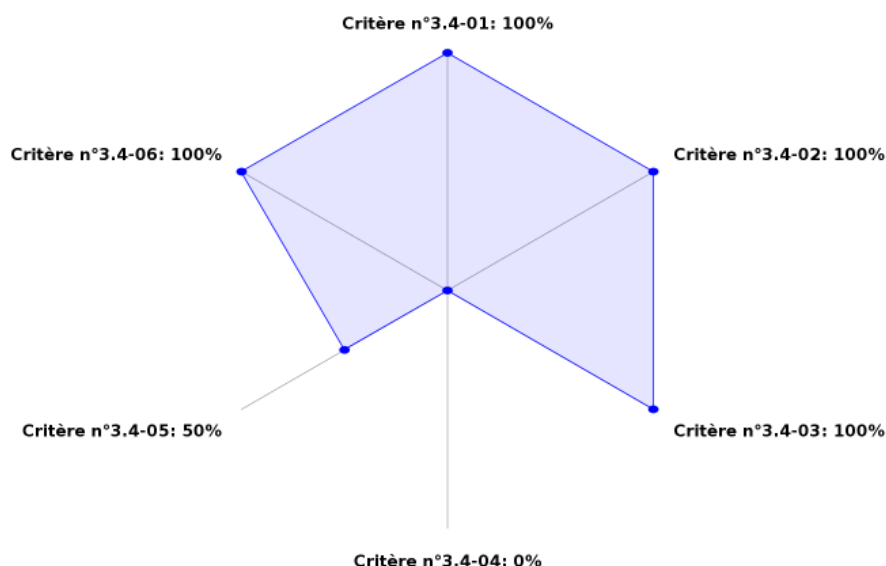
Score de l'objectif **73%**



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	75%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	50%
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	33%
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 **70%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
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	0%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%
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

