



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

## **CENTRE HÉLÈNE BOREL**

Avenue château du liez  
59283 Raimbeaucourt



**Validé par la HAS en Septembre 2023**

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 2023

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

# Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même 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**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

### **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

### **| Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

**| Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de**

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

## Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

# Présentation

CENTRE HÉLÈNE BOREL	
Adresse	Avenue château du liez 59283 Raimbeaucourt FRANCE
Département / Région	Nord / Hauts-de-France
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

**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	590000063	ASSOCIATION CENTRE HELENE BOREL	Avenue château du liez 59283 Raimbeaucourt FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

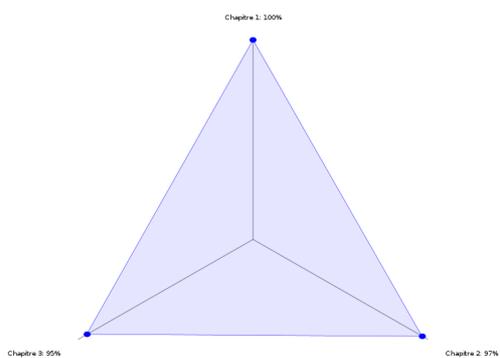
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

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

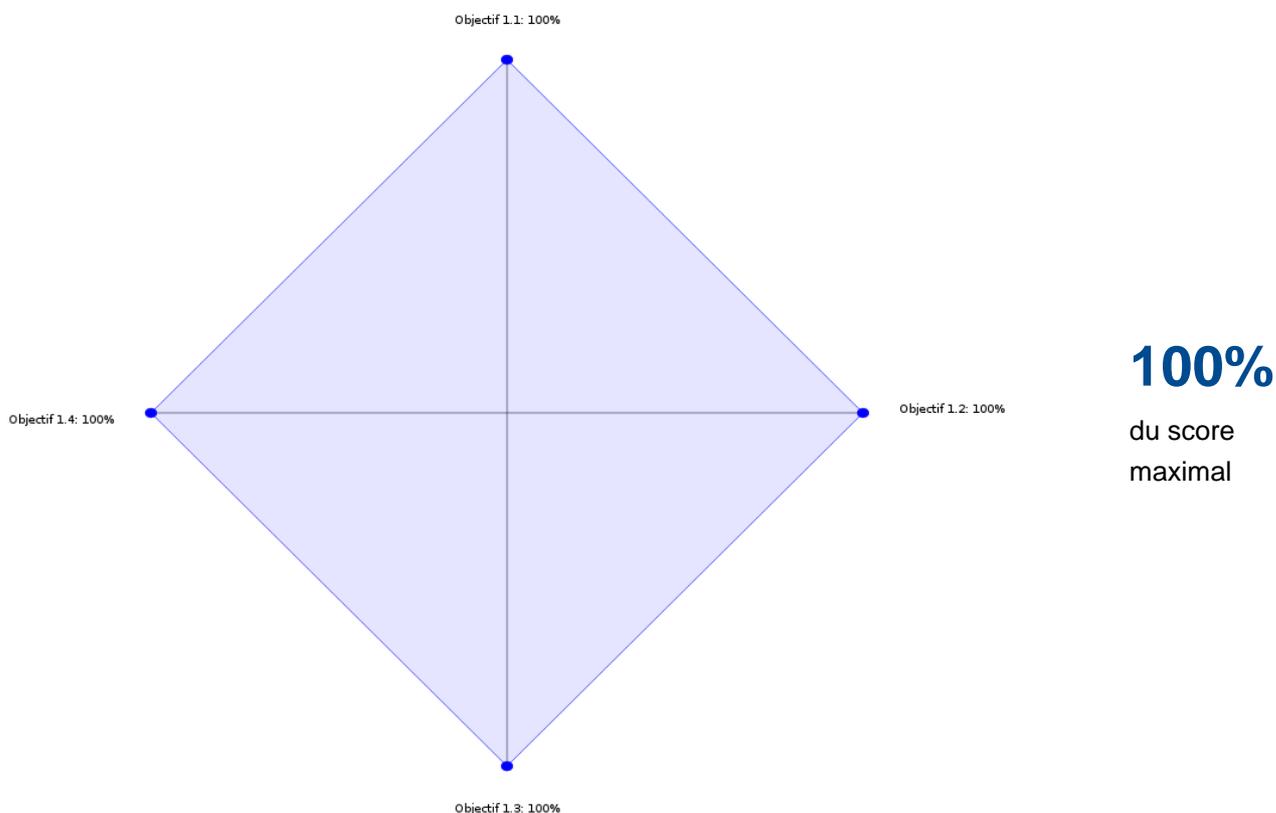
Au regard du profil de l'établissement, 96 critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

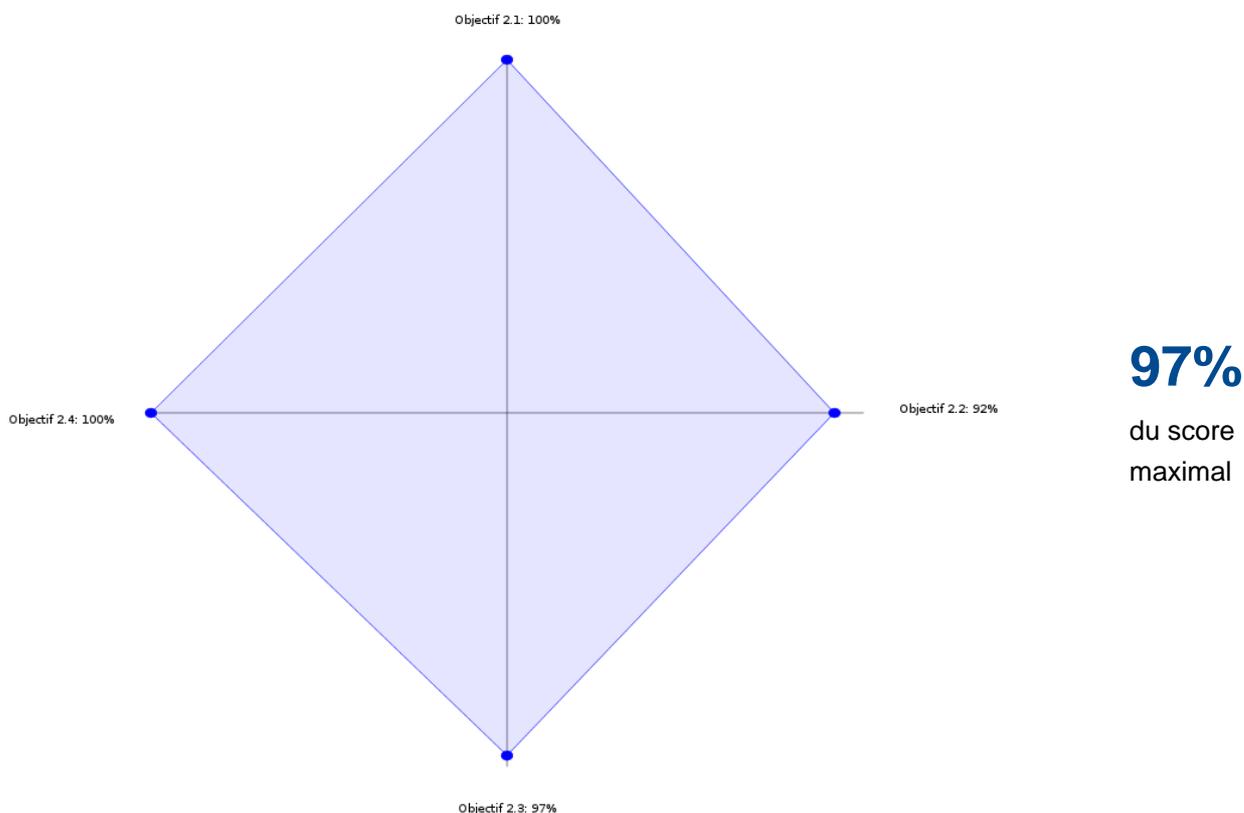


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les professionnels mettent en place une prise en charge respectueuse, participative et adaptée aux besoins et préférences du patient, en impliquant les proches et en tenant compte des conditions de vie spécifiques. Le patient est informé sur son état de santé et sur son projet de soins personnalisé défini conjointement avec lui et les professionnels. Pour le construire les professionnels écoutent le patient et prennent en compte l'expérience de celui-ci. Il est invité à partager une réflexion bénéfique/risque sur les décisions majeures de sa prise en charge. Son consentement est recherché, en utilisant des moyens de communication adaptés ou par l'aide de la personne de confiance qu'il a désigné et qui est tracé sur son dossier de soins. Des flyers et de l'affichage d'information en santé publique sont disponibles dans le hall d'entrée (tabac, vaccination, maltraitance...). L'organisation de la prise en charge et de l'établissement sont communiqués au patient à son arrivée (livret d'accueil). Au moment de la sortie, le patient est informé des modalités concernant l'organisation (date, lieu, moyen de transport, ...), mais

aussi du suivi de la prise en charge (rendez-vous, traitement, ...). L'information sur les directives anticipées est faite, un patient rencontré n'a pas voulu les écrire, pour les autres elle est notée dans le dossier du patient. La lettre de liaison est générée via le DPI (dossier patient informatisé), en outre, l'établissement pratique la politique « zéro papier », le patient quitte l'établissement avec l'ensemble de documents dont la lettre de liaison, en même temps ce dernier est envoyé par courrier au médecin traitant et remis dans l'espace santé du patient. Un affichage sur la CDU permet aux patients de connaître les représentants des usagers et ils peuvent les rencontrer lors d'une permanence mobile mise en place. La dignité et l'intimité du patient sont respectées. La structure favorise ce respect, les espaces sont spacieux, chambre seule. Les informations données aux patients se font dans un bureau ou dans sa chambre avec le professionnel. Les portes des chambres sont fermées. Les professionnels de santé respectent l'intimité et la dignité du patient dans leurs pratiques. Les patients présentant un handicap sont stimulés pour maintenir ou améliorer leur autonomie (séance kiné, balnéothérapie, ...). La contention est peu fréquente. Elle est prescrite et réévaluée conformément à la réglementation. Les contentions à la demande du patient (barrières) sont tracées dans le dossier. Les besoins fondamentaux du patient sont assurés (hydratation, nutrition, accompagnement aux toilettes, hygiène...). La disponibilité de l'ensemble des professionnels est citée à plusieurs reprises par les patients. Le patient est satisfait de la prise en charge de la douleur. Les professionnels sont à l'écoute des patients, la douleur est évaluée. Un traitement médicamenteux est prescrit si besoin et l'efficacité réévaluée, ces informations sont tracées dans son dossier. Les professionnels formés proposent une prise en charge non médicamenteuses (hypnose). Afin de mieux gérer l'anxiété du patient, le recours à la neuropsychologue avant les séances de rééducations, voir même assurer les séances en binôme est proposé. La personne de confiance et/ou proches sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. Leur présence est facilitée en dehors des heures de visites, La femme et le père d'un patient ont pu dormir au côté du patient afin de le rassurer. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans sa prise en charge. La date de sortie est envisagée avec le patient dès l'admission. Elle est préparée et organisée avec son accord et/ou ses proches selon la situation. A cet effet, ses conditions de vie habituelles sont prises en compte et les modifications à apporter sont identifiées et étudiées dans le cadre des réunions pluridisciplinaires. Pour préparer la sortie et contribuer à la réussite de la sortie, l'assistante sociale, l'ergothérapeute et une aide-soignante se rendent au domicile du patient pour trouver des aménagements du logement et faciliter le retour. En cas de précarité sociale, le patient bénéficie d'un accompagnement vers les services sociaux et les associations appropriées.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



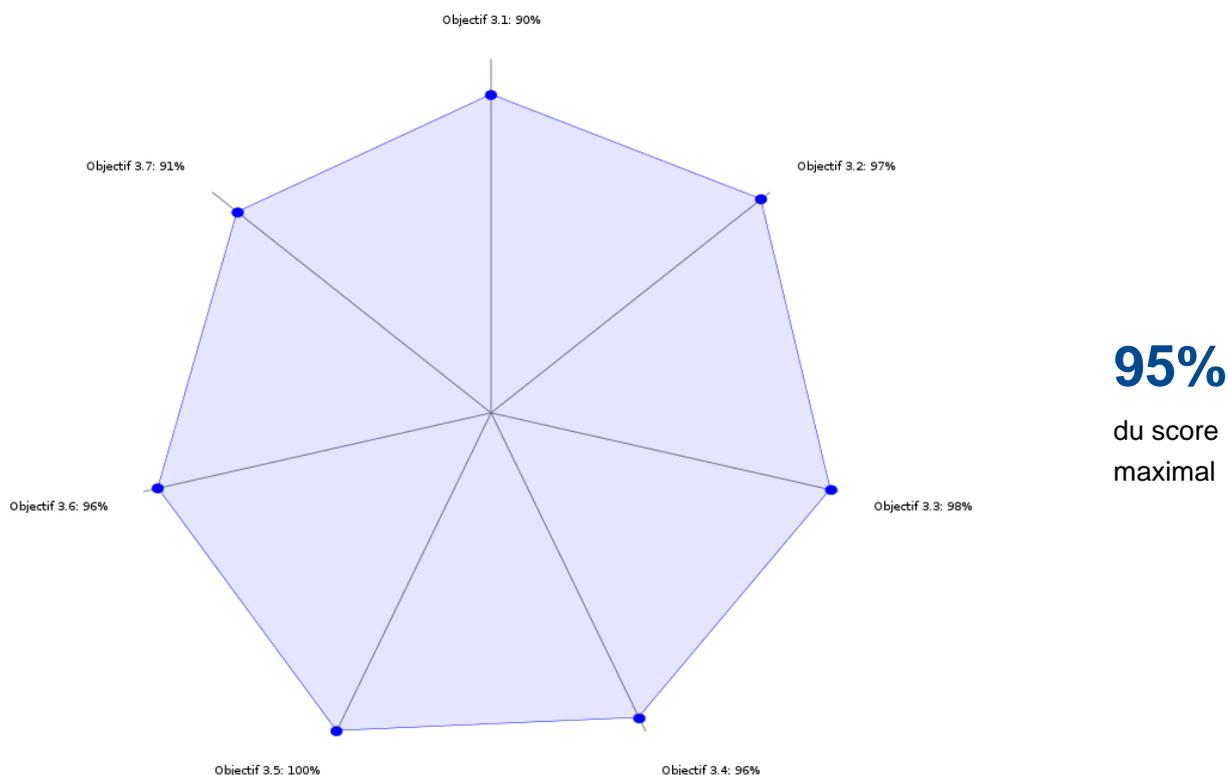
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	92%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Les professionnels définissent une prise en charge du patient optimale en prenant en compte le point de vue du patient avec les aidants et entourage du patient s'il le souhaite. La prescription d'antibiotique est argumentée et réévaluée. Le médecin peut avoir recours à un infectiologue sur le CH de Douai. L'ensemble des professionnels (médecin, IDE, AS, APA, ergothérapeute, neuropsychologue, Kiné, ...) participant à la prise en charge se coordonne. Les informations sont transmises et tracés dans le dossier de soins par tous les professionnels. Des rencontres pluridisciplinaires sont en place tous les 15 jours favorisant l'évaluation de la stratégie de soins mise en œuvre. Des réunions de synthèse et/ ou de concertation sont organisées à la demande des professionnels de rééducation, soignants ou médecins, selon l'état du patient afin de mieux organiser la prise en charge et la coordination des soins (le mot est clé mieux circuler les informations pour bien soigner). L'établissement applique une prise en charge nonante de la « FIBROMYALGIE », une prise en charge globale dont la prise en charge non-

médicamenteuse de la douleur, prise en compte le contexte environnemental et social et l'état psychologique du patient. Les professionnels utilisent un dossier patient informatisé. Il est disponible à tout moment dans tous les secteurs d'activité. Les équipes connaissent l'organisation dégradée permettant d'assurer la continuité des soins en cas de panne informatique et l'ont déjà utilisée. Tous les intervenants tracent leurs interventions ce qui facilite le partage des informations, la coordination des activités et leur permet de sécuriser la prise en charge. La conciliation médicamenteuse est en place, les patients sont identifiés par un score calculé à partir d'information complétée par le médecin sur le dossier de soins. Lorsque le niveau atteint 12, la conciliation est mise en place avec la pharmacienne. Les professionnels peuvent avoir accès en direct à des correspondants experts (antibiothérapie, psychiatrie, ...). Pendant la période COVID le recours à la télésanté était possible car l'établissement possède le matériel. A ce jour elle n'est plus utilisée. Une lettre de sortie est majoritairement rédigée le jour de la sortie. En amont de celle-ci une visite du lieu de vie peut être visité par l'ergothérapeute, l'assistante sociale et une aide-soignante afin de définir les besoins pour la continuité des soins. L'ensemble des professionnels considèrent les risques de leurs pratiques et mettent en place les mesures. L'identification des patients est en place par bracelet et par des photographies collées sur les piluliers et intégrées dans le dossier patient. Une autorisation du droit à l'image signée par le patient est retrouvée dans le dossier. Le circuit du médicament est conforme aux attendus tel que l'analyse pharmaceutique, livraison sécurisée, administration tracée en temps réelle, ...). Cependant la liste des médicaments à risque affichée n'était pas adaptée au service car trop généraliste. Les piluliers n'étaient pas identifiés de la présence d'un médicament à risques. Lors de la visite nous avons informé des constats faits, l'établissement a tenu compte de nos remarques et a modifié leurs pratiques immédiatement en affichant une liste de médicament à risques adaptés, et en identifiant les médicaments à risques. Les professionnels concernés ont été informés. Des formations sont faites auprès des professionnels par la pharmacienne sur les médicaments à risques et les Nevers évent. Un rappel a été fait lors des journées sécurité des soins (novembre 2022). Une politique du risque infectieux est rédigée. Le suivi est assuré par le CLIAS, instance décisionnelle à qui la CME a délégué la gestion des problématiques en lien avec l'hygiène au SMR. La mise en œuvre de la politique gestion du risque infectieux associe tous les professionnels de santé et impliquant les patients. Le risque infectieux, les précautions standards et complémentaires sont protocolisées, connues et appliquées. Les professionnels sont formés et des évaluations sont en place. Les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène sont connus. Les équipes suivent le taux de consommation des solutions hydroalcooliques et ont mis en place des actions d'amélioration d'utilisation. L'entretien des locaux est soigneusement réalisé et les personnels disposent des formations et matériels nécessaires pour assurer une prestation optimale : la propreté des locaux en témoigne. Les personnels organisent la gestion des déchets dans le respect des bonnes pratiques notamment de tri, de transport et d'utilisation des locaux adaptés. Les professionnels connaissent les référents des différentes vigilances, disposent en version numérique des protocoles à appliquer et les utilisent à bon escient. La promotion de la vaccination est faite, pour le vaccin antigrippale l'établissement en assure la gratuité et l'organisation. Cependant les équipes rencontrées ne connaissent pas le taux de couverture vaccinale. Les transports internes sont faits par un brancardier connu par les équipes. Ce professionnel est impliqué. Il a dans ses missions la distribution journalière aux patients de leurs programmes d'activité. Les transports, du service aux lieux des activités, sont adaptés au rythme et confort du patient. Le matériel utilisé est adapté au patient. Le professionnel est formé au respect du patient et aux gestes d'urgences. Les équipes améliorent leurs pratiques en se basant sur l'analyse des résultats cliniques, la satisfaction des patients, leur expérience, ainsi que les réclamations et plaintes éventuelles. Elles recueillent les résultats de la satisfaction des patients, les analysent et mettent en place des actions d'amélioration. L'établissement utilise un questionnaire de satisfaction interne et répond à e-satis qui est connu des professionnels. Les représentants des usagers participent aussi à un recueil de satisfaction en rencontrant directement les patients. Des actions d'amélioration sont identifiées, tracées et suivies dans le PAQSS. La culture qualité/gestion des risques est effective à partir d'une politique formalisée. Tous les personnels sont encouragés à déclarer les événements indésirables à travers l'outil informatique accessible. Les procédures sont connues. Le signalement des événements indésirables est maîtrisé. Les déclarants reçoivent un retour d'information sur les mesures prises. Différents processus d'analyse, tels que le comité de retour d'expérience, et l'examen des erreurs

liées aux médicaments et dispositifs médicaux, sont utilisés. Pour EIG, la méthode d'analyse systémique des causes (ALARM) est utilisée. Le service qualité/gestion des risques, organise systématiquement la mise en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite de ces analyses. Le plan d'action définit est intégré au PAQSS et suivi pour assurer la mise en place des mesures.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	90%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	96%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	91%

Le projet d'établissement s'appuie sur le projet régional de santé et s'articule avec l'offre de soins du territoire. Il est rédigé dans une logique de complémentarité et de facilitation d'accès aux soins pour le patient. L'établissement participe à la coordination des parcours en collaboration avec les autres acteurs du territoire. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est actualisé. L'établissement a identifié les partenaires contribuant au parcours des patients pris en charge ou en cas d'activité de recours. L'établissement a élaboré un projet

médical de territoire (PMT) défini par filière telle que psychiatrie, pneumologie, urgences, .... Ainsi il a une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou médico-sociaux (équipe mobile de soins palliatifs, consultations avancées, ...). Le centre de rééducation a également établi de nombreuses conventions avec d'autres établissements de soins de courte durée comme le CHRU de Lille (services de neurologie), la clinique Saint Amé de Douai (service de traumatologie-orthopédie et de chirurgie bariatrique), un médecin cardiologue libéral (épreuves d'effort), l'HAD de DOUAI, équipes mobiles ... L'établissement est situé à la croisée de 2 départements, il n'a pas intégré de CPTS à ce jour mais travaille avec les 2 CPTS Douai et valencienne. Il suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie. Les patients partent majoritairement avec leurs courriers. Lors de la dégradation de la santé d'un patient, l'établissement décide de le transférer estimant que le SMR n'a pas les moyens pour une prise en charge optimale. Les patients passent par les urgences, il n'y a pas de circuit court par des admissions en directe formalisé. L'établissement dit ne pas rencontrer de problème de tensions saisonnières avec les principaux services impactés. L'établissement peut être joint facilement par les patients et les partenaires. Une messagerie sécurisée est en place favorisant les échanges entre professionnels dans le respect de la confidentialité. Le centre Hélène BOREL alimente le dossier médical partagé (lettre de sortie) et le dossier pharmaceutique. L'établissement travaille en partenariat avec l'université et soutient les professionnels qui souhaitent s'investir dans la recherche clinique. Il est engagé dans deux programmes dont un en qualité de promoteur. Les constats issus de la visite identifient la recherche de l'engagement des patients. Le projet de soins est expliqué, discuté et accepté par le patient et/ou ses proches. Les données sont tracées dans le dossier. Les patients qui le demandent ont accès à leur dossier dans le respect des dispositions prévues. Le CHB recueille l'expression du patient lors des échanges réguliers avec lui, les questionnaires de satisfaction et e-satis contribuant à rendre le patient acteur de ses soins. Les représentants des usagers participent à ce recueil. Les résultats sont analysés et des actions d'amélioration sont identifiées. L'expertise des patients est recherchée afin de participer à des démarches collectives d'amélioration des pratiques. Cependant les professionnels de nuit ne connaissent pas cette participation. L'accessibilité aux personnes porteuses de handicap et aux personnes vulnérables est favorisée tant par la mobilisation des professionnels que par l'architecture des locaux. Des salariés eux-mêmes porteurs de handicap sont parfaitement intégrés et leur engagement renforce l'attention portée à ce niveau. Les patients expriment leur satisfaction. Une politique bientraitance formalisée aborde la maltraitance et liste les actes de maltraitance ordinaires dans l'établissement. Cependant le PMSI recense la précarité mais n'utilise pas les codes T74, Z61 et Z63 permettant le recensement des cas de maltraitance. Les professionnels observent et écoutent les patients lors des activités, et tout au long des échanges avec eux. Ils connaissent le circuit d'alerte. La politique qualité et sécurité des soins est rédigée et connue des professionnels. Un plan d'amélioration est défini, construit à partir d'analyse des résultats des évaluations faites sur l'établissement (audits, enquêtes, EPP, CREX, ...). Des actions concrètes sont identifiées et sont connues par l'ensemble des professionnels. Le management favorise les collaborations avec les professionnels, comme le café Qualité qui est un temps d'échanges, de convivialité, organisé par le service QGR. L'établissement n'est pas très grand favorisant les rencontres et le partage de connaissance et de l'expérience. Les professionnels se sentent reconnus dans leurs compétences. Les rencontres médicales et paramédicales sont quotidiennes. Le travail en équipe est effectif. Cependant les professionnels de nuit sont moins impliqués dans ces rencontres. La coordination des équipes est effective et témoigne de la volonté d'encourager le travail collectif. Un programme de formation est en place et vise notamment à harmoniser les pratiques entre les deux équipes et à diffuser un niveau de culture qualité sécurité identique à tous les professionnels. Les actions portant sur la formation aux gestes d'urgence, la bientraitance et la prévention du risque infectieux illustrent la politique adoptée. Le travail en équipe est une réalité dans l'ensemble de l'établissement, notamment pour tout ce qui concerne la coordination des soins, même s'il n'existe pas de démarche formalisée type PACTE ou accréditation en équipe. Il existe une démarche QVT formalisée, construite à partir d'un questionnaire social auprès des professionnels. Des actions sont réalisées telle que l'atelier bien être, pilate, ... Un poste de coach en organisation a été créé depuis 1 an, il soutient et accompagne les équipes, et organise des rencontres entre professionnels. Les difficultés interpersonnelles et conflits sont gérés. La psychologue peut être sollicitée pour rencontrer les professionnels. Un plan de sécurisation est rédigé (Janvier 2022), identifiant les risques majeurs de l'établissement et pouvant générer des tensions et

crises sanitaires exceptionnelles. Un plan d'action pluriannuel (3 ans) est défini. Le dispositif d'alerte est décrit. Les professionnels connaissent les conduites à tenir. Les risques numériques sont identifiés (Login et mot de passe personnels régulièrement changés, procédure dégradée). Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation en cas de situation critique (tapage, agression, intrusion...). Dans le cadre d'exercice 2 simulations ont été faites, un test d'intrusion et une cyber attaque (organisée par l'ARS). Un travail sur les enjeux du développement durable est initié. La réduction des consommations (énergie et eau) est en cours de réflexion, elles sont suivies. Des actions sont mises en œuvre (Imprimante, dématérialisation documents RH).

L'établissement a désigné un référent développement durable. Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène et aux recommandations de tri. L'urgence vitale est maîtrisée. Les chariots et sac d'urgence sont vérifiés. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes d'urgence (AFGSU), sur le secteur de la balnéo la formation est annuelle avec simulation. Lors de la visite, la procédure d'appel d'urgence du médecin et l'affichage comprenait 2 numéros d'appel. Il s'agissait d'un numéro abrégé (DECT) que tous les professionnels connaissent et un numéro de portable permettant à tous les professionnels et visiteurs d'appeler les secours où qu'ils se trouvent intérieur et extérieur du bâtiment. Pour répondre à l'attendu, il est demandé de dissocier ces numéros. Le 1er dans les salles de soins et le 2ème dans les locaux recevant le public. L'établissement a pris en compte notre remarque et a identifié un numéro unique (numéro abrégé) connu des professionnels et affiché dans les services. La procédure a été aussi modifiée. La dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est effective. Les professionnels sont informés régulièrement sur les projets soit en réunion, soit lors des café qualité. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont analysés, suivis et communiqués. La CDU est impliquée dans la démarche. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Améliorer l'identification des médicaments à risque. Sécuriser la prise en charge des urgences vitales

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	590000063	ASSOCIATION CENTRE HELENE BOREL	Avenue château du liez 59283 Raimbeaucourt FRANCE
Établissement principal	590780128	CENTRE HELENE BOREL	Avenue château du liez 59283 Raimbeaucourt FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	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	54
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	18
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		à partir de la liste transmise par l' ES en n ou n-1
4	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
5	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport assis vers plateau technique
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires : Balnéothérapie
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
8	Audit système	QVT & Travail en équipe		
9	Audit système	Leadership		
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per OS ou injectable
11	Audit système	Dynamique d'amélioration		
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou

				sans dispositif invasif
13	Audit système	Maitrise des risques		
14	Audit système	Représentants des usagers		
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
19	Audit système	Coordination territoriale		
20	Audit système	Engagement patient		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité	

22			Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
----	--	--	--	--

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

