



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**POLYCLINIQUE SANTA  
MARIA**

57 avenue de la californie

06200 Nice



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 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	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	26
Annexe 3. Programme de visite	30

# 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 de suite et de réadaptation (SSR), 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 avec mention.

# Présentation

POLYCLINIQUE SANTA MARIA	
Adresse	57 avenue de la californie 06200 Nice FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	060000403	POLYCLINIQUE SANTA MARIA	57 AVENUE DE LA CALIFORNIE 06200 Nice FRANCE

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

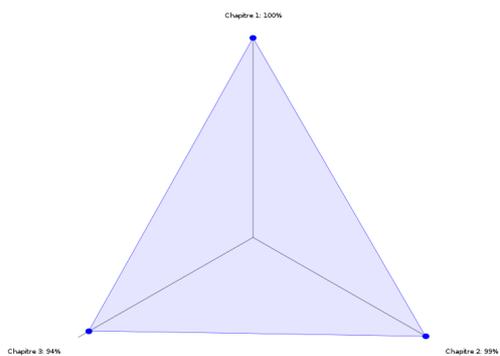
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Tout l'établissement

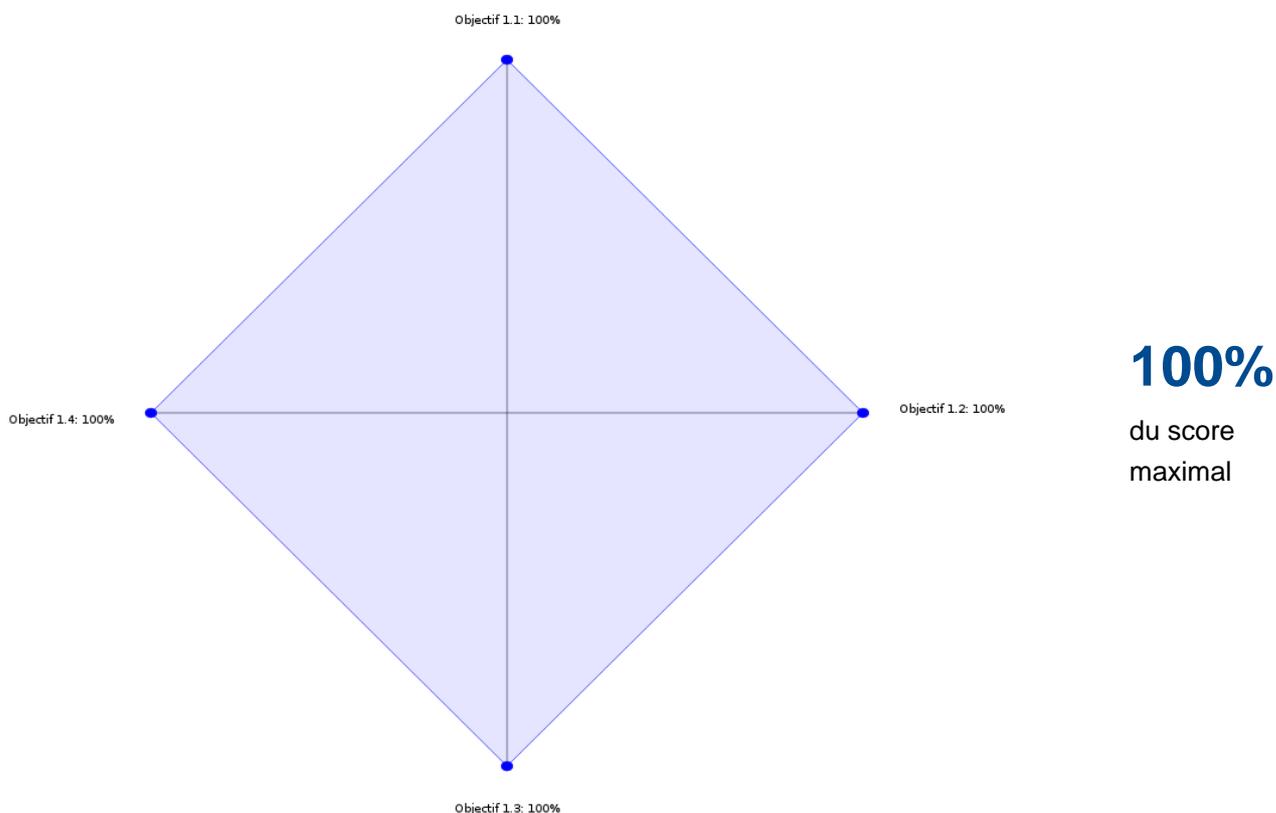
Au regard du profil de l'établissement, **111** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



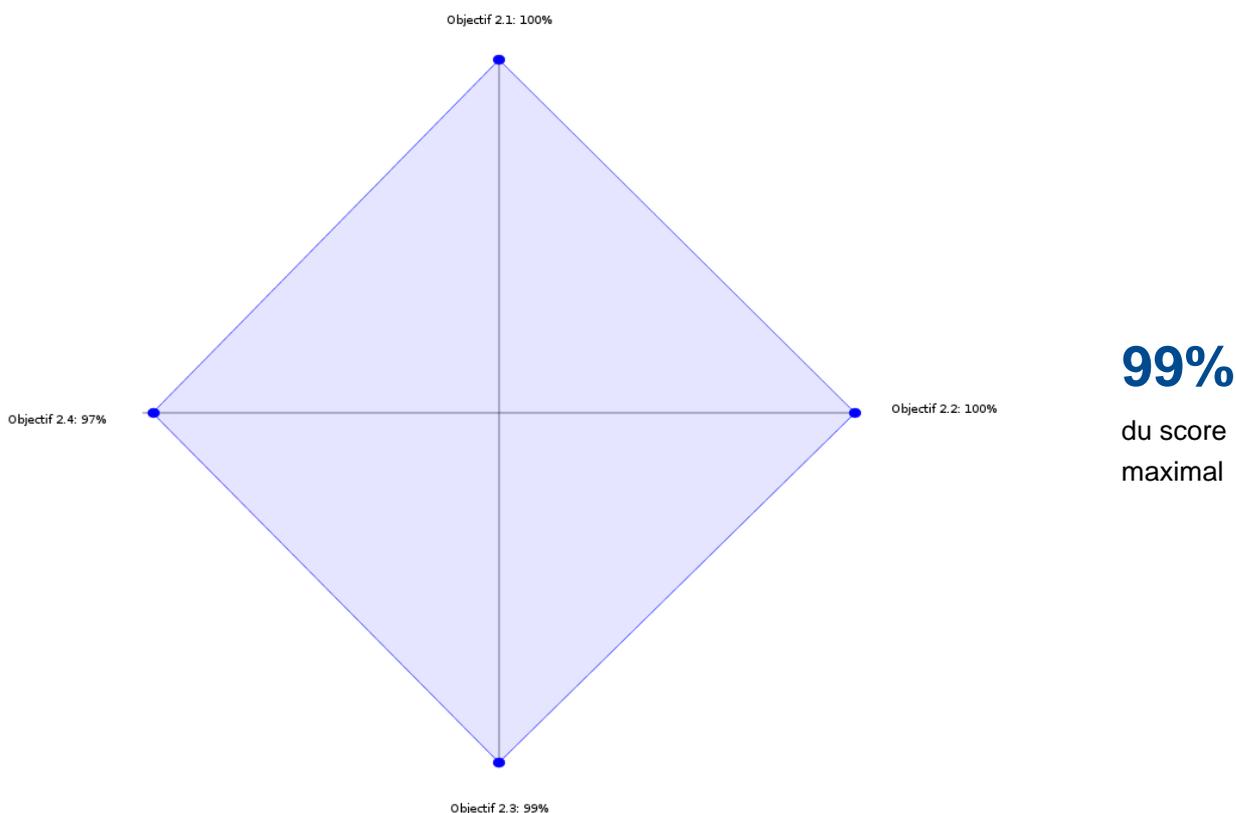
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le patient et/ou son entourage bénéficie des informations nécessaires et adaptées à sa compréhension ce qui facilite son implication et/ou celle de ses proches. Pour les situations complexes (par exemple les futures mamans en situation de précarité ou vulnérables, personnes étrangères) la personne soignée bénéficie de dispositions répondant aux difficultés identifiées, notamment lors de l'accueil dans les unités de soins. Les personnes possédant la maîtrise d'une langue étrangère sont identifiées dans l'établissement. Les futures mamans bénéficient d'une organisation structurée initiée dès les premières consultations chez leur gynécologue et complétée lors des ateliers dédiés à la parentalité (projet de naissance, entretien prénatal, accompagnement à la parentalité, alimentation, perturbateurs endocriniens...). Les possibilités offertes sont affichées dans tous les cabinets libéraux, la participation à ces ateliers est gratuite. Les personnes prises en charge pour une affection cancérologique sont intégrées dans un schéma organisationnel répondant aux objectifs du « plan cancer »

(dispositif d'annonce, programme personnalisé des soins, soins de support, soutien psychologique, suivi post cancer...). Les patients reçoivent des supports d'information adaptés à leur pathologie. Les explications documentées relatives à ses droits sont fournies au patient. L'identité de la personne de confiance est systématiquement recueillie et tracée. La notion de directives anticipées est expliquée et tracée. Son consentement libre et éclairé est recueilli et tracé. Le patient est informé des dispositifs médicaux implantés au cours du séjour, son consentement est recueilli avant l'administration de produits sanguins labiles ; les documents afférents sont remis à la sortie. Les informations relatives au dépassement d'honoraires sont données. Les informations figurant dans le livret d'accueil sont précises, documentées et claires. Les futures mamans ont la possibilité de réaliser la pré admission, l'inscription aux ateliers de préparation à la naissance en ligne. Les professionnels mènent des actions d'information et d'éducation au cours du séjour du patient notamment pour les futures mamans et les patientes atteintes d'une pathologie cancéreuse. Pour la chirurgie ambulatoire l'établissement contacte téléphoniquement le patient la veille et, depuis deux ans, par SMS le lendemain. Le message comprend toutes les questions permettant de cibler les difficultés éventuelles (douleur, présence de saignement, troubles digestifs, hyperthermie...) et incitant le patient à rappeler les professionnels si besoin. L'envoi du message est tracé. Cela a été organisé suite au faible taux de réponse à l'appel. L'établissement n'a pas constaté d'évènement indésirable suite à cette modification de pratique (suivi du taux de ré hospitalisation, absence de plainte ou doléance, verbatim des patients lors des consultations post opératoires...). Les patientes rencontrées connaissaient les possibilités de contacter les représentantes des usagers (accès facile et direct par messagerie, informations disponibles par affichage dans les services, les lieux d'attente et d'accueil, dans le livret d'accueil) ainsi que les dispositions relatives à la déclaration d'un évènement indésirable grave ou d'une plainte. La satisfaction des patients et leur expérience sont évaluées par l'analyse des questionnaires de sortie (taux de retour proche de 30%), les enquêtes de satisfaction spécifiques (chirurgie ambulatoire, restauration), la consultation des avis sur les réseaux sociaux, les résultats des enquêtes « e-satis », l'analyse des courriers de plaintes et les témoignages de satisfaction réceptionnés (courriers, messages). En maternité, la sage-femme référente rencontre à leur sortie, toutes les mamans, pour évaluer leur satisfaction et s'assurer de la complétude des informations données pour optimiser le retour à domicile. L'établissement, en lien avec les RU, s'emploie à améliorer le taux de réponse aux enquêtes « e-satis ». Le patient bénéficie du respect de ses droits. L'établissement a pris les dispositions adaptées en rapport à ses activités. 75% de séjours chirurgicaux concernent les femmes, patientèle jeune (86% des patients de 18 à 69 ans) et obstétrique. L'intimité des patients est préservée : installation de séparateurs amovibles dans les chambres à deux lits, stores occultants, vitrophanie. Au bloc opératoire un paravent mobile est placé devant la porte vitrée (avec vitrophanie), d'accès à la salle, renforçant l'intimité des patients et rappelant la nécessité de limiter les entrées en cours d'intervention. Cette disposition a été prise notamment du fait que les ¾ des interventions chirurgicales concernent des femmes et des pathologies gynécologiques. La confidentialité est effective dès l'accueil administratif (espaces fermés individuels). Les pratiques des professionnels sont respectueuses et bienveillantes tout au long du parcours et lors des transports internes. Le patient mineur (uniquement des jeunes entre 14 et 18 ans), bénéficie d'un environnement adapté (chambre individuelle), le plus souvent avec la présence d'un parent et très majoritairement en hospitalisation ambulatoire ; ils relèvent pour la plupart de l'activité de stomatologie. En salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) le patient mineur est placé dans un espace identifié. Les soignants qui interviennent auprès des mineurs sont formés à leur prise en charge. Dans tous les secteurs le patient en situation de handicap bénéficie d'actions et d'installations adaptées (livret d'accueil en braille, bornes actives pour personnes malentendantes, chambres adaptées à l'hébergement des personnes à mobilité réduite...). Si elle s'avère nécessaire (situation très exceptionnelle selon les professionnels), la prescription de contention est systématique et réévaluée. Dès l'entrée le patient est interrogé sur l'existence d'un état douloureux. Un document « contrat d'engagement douleur » précise les dispositions prises par l'établissement dans ce domaine. Sa douleur est évaluée et soulagée ; les résultats de l'indicateur IQSS 2022 (98%) confirment les constats effectués lors de la visite. Le comité de lutte contre la douleur, les dispositifs techniques, le suivi d'indicateurs déclinés au sein de chaque secteur (par exemple taux de péridurale en obstétrique) contribuent à optimiser la prévention et la prise en charge des phénomènes douloureux. Les patientes rencontrées ont témoigné de leur satisfaction à ce sujet et les

plaintes et doléances à ce sujet sont quasi inexistantes (aucune en 2022). L'établissement a pris en compte la nécessité d'améliorer les résultats de l'indicateur d'anticipation de la prise en charge de la douleur, issu de la campagne de recueil 2022 (32%). Lors de la sortie les professionnels veillent à la prescription d'antalgiques permettant de répondre à la survenue d'un état douloureux au domicile. Les patients et leurs proches bénéficient de la qualité de l'hébergement tant en chambre double qu'individuelle, l'environnement étant particulièrement soigné en maternité (notamment en salles de naissances). Cette situation a été exprimée par les patientes rencontrées. Le patient peut disposer, même en permanence, de la présence d'un proche (notamment le co-parent en maternité). Les proches sont associés notamment lorsqu'une difficulté de compréhension est identifiée. Les patients et proches bénéficient des procédures de préparation du séjour liées aux spécificités de l'activité (notamment en maternité) ce qui facilite la mise en œuvre du projet de soins. Pour l'activité d'obstétrique un secteur opératoire spécifique, attendant aux salles de naissance et au bloc opératoire général est réservé aux césariennes (2 salles d'opération dont une pour les césariennes d'urgence et 1 salle de SSPI). La présence du co-parent est facilitée y compris dans cette SSPI et la mise en œuvre de la pratique du « peau à peau » est systématiquement proposée. Les constats issus de la limitation des visites au seul co-parent pendant la crise sanitaire (confirmés par les retours des mamans) font état des bénéfices liés à cette situation (meilleure disponibilité des mamans pour les ateliers d'éducation post naissance, moindre fatigue, bébés plus calmes...). A cet égard les professionnels, en lien avec les parturientes et les représentants d'usagers, ont initié une réflexion interrogeant la possibilité de maintenir une limitation des visites. Les personnes vulnérables et notamment en situation de précarité bénéficient d'une attention particulière dès la préparation des séjours. Les professionnels sont en relation avec les assistantes sociales du territoire pour répondre aux besoins des patients nécessitant une assistance. L'organisation des soins à la sortie et les prescriptions sont prévues en amont de la sortie. Toutes les mamans bénéficient d'actions d'informations complétant celles données lors des ateliers réalisés en amont de la naissance. Le co-parent est associé s'il le souhaite. Les informations transmises aux personnes porteuses d'une affection cancérologique permettent la continuité de la prise en charge. Une ancienne patiente de l'établissement est à l'origine de la création de l'association de bénévoles « Rose Azur » mobilisée pour faire vivre le programme d'accompagnement complémentaire aux soins de support ; le planning des activités proposées est largement diffusé (affichage, remise dans l'unité d'hébergement...). L'établissement fait appel à l'antenne locale de l'association « Nos tout petits » pour assister les parents confrontés au deuil périnatal. Dans l'unité de chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie est validée systématiquement et prend en compte le score de sortie (Chung...). Le dernier indicateur IQSS montre que 72% des patients ont été contactés (campagne 2022). L'établissement souhaite améliorer ce taux en adaptant la procédure de contact par SMS utilisée.

## 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	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	97%

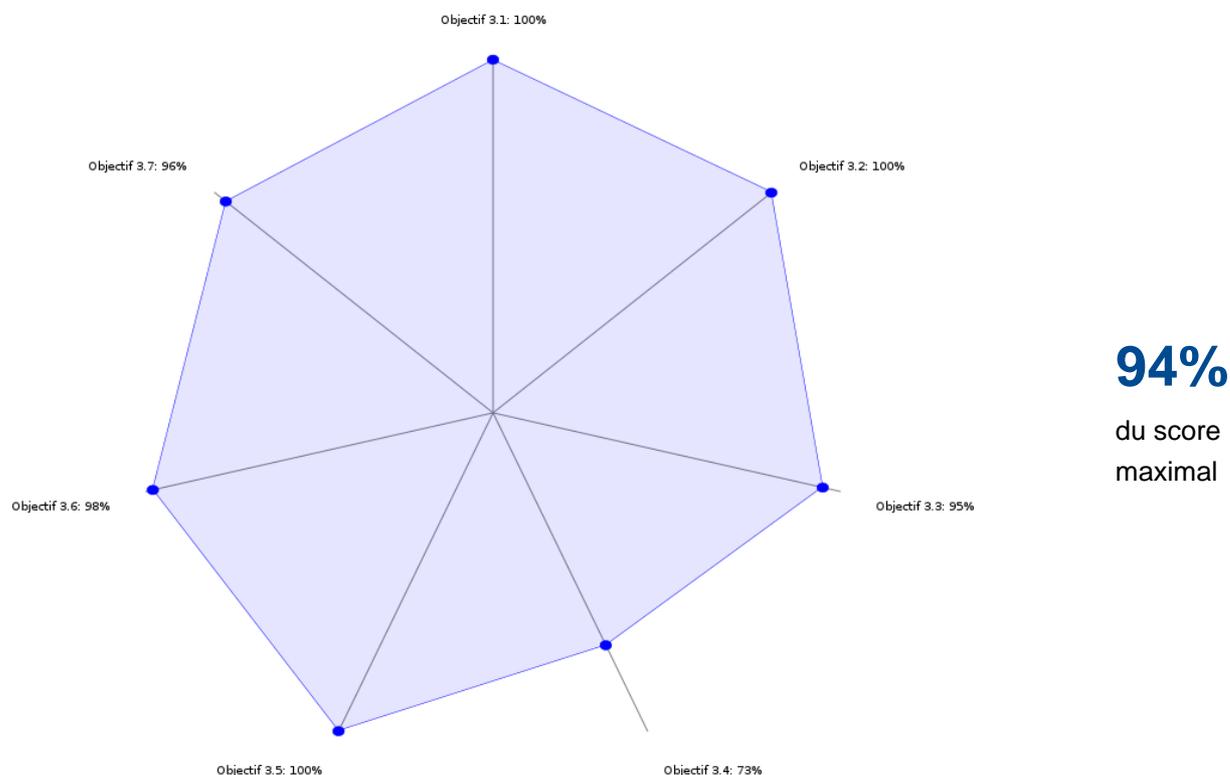
Les professionnels évaluent régulièrement la pertinence de leurs activités notamment pour ce qui concerne les indications de la césarienne programmée, les produits sanguins labiles, l'antibiothérapie, l'épisiotomie, les pratiques de dépistage néonatal...). Les équipes analysent collectivement les résultats au sein des secteurs d'activité avec le soutien des professionnels de la cellule qualité, de la direction qualité du groupe et des membres des comités concernés (CME, CSTH, COMEDIMS...). Les résultats sont diffusés et disponibles sur l'Intranet. Des professionnels des spécialités dites « à risque » réalisent des EPP dans le cadre de leur démarche d'accréditation individuelle. Ces évaluations peuvent être suivies d'actions qui sont intégrées au PAQSS de l'établissement. Les professionnels assurent la coordination de la prise en charge des personnes soignées tout au long de leur parcours. Ils initient la démarche dès la consultation dans le cabinet libéral notamment pour l'obstétrique et la cancérologie (tunnel diagnostique renforçant la rapidité du diagnostic et la mise en œuvre du traitement). L'accès

aisé au dossier patient, la concertation multidisciplinaire et pluri professionnelle, l'exhaustivité et la mise à jour des informations médicales et paramédicales, les échanges entre le secteur opératoire et les unités d'hébergement renforcent la coordination de la prise en charge. Les professionnels participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour la cancérologie. Ils ont accès, par conventions établies avec les établissements, les réseaux et structures d'appui, aux compétences externes et aux offres de soins d'aval disponibles au sein des établissements de santé du territoire. Les professionnels associent le patient et/ou ses proches ou personne de confiance à la mise en œuvre du projet de soins, du projet de naissance, et adaptent leurs pratiques à la diversité des situations. Les professionnels ont identifié une catégorie de patients à risque (personnes de plus de 65 ans, polymédiqués avec séjour > 48h) pour lesquels ils ont initié la conciliation des traitements médicamenteux. Les trois médecins de garde (anesthésiste, obstétricien, pédiatre) et ceux d'astreinte assurent la continuité de la prise en charge des patients. Les patientes rencontrées lors des investigations ont exprimé leur satisfaction au regard de leur prise en charge. La campagne nationale d'indicateurs IQSS 2022 concernant la qualité de la coordination des prises en charge a été réalisée (prise en charge de la douleur, qualité de la lettre de liaison). L'établissement a communiqué les résultats aux professionnels, aux instances et aux patients (affichage, livret d'accueil) ; ils ont évolué positivement depuis la campagne réalisée en 2019 et témoignent de l'attention portée à l'organisation du retour à domicile. Les professionnels utilisent la check-list pour sécuriser la prise en charge au sein des secteurs interventionnels (bloc opératoire, salles de césariennes, endoscopie) et en évaluent périodiquement sa mise en œuvre. Les professionnels n'ont quasiment jamais la nécessité de mettre en œuvre une démarche palliative. En cas de besoin ils peuvent recourir, par convention, aux compétences d'une équipe mobile. Les professionnels actualisent les données du carnet de santé du patient mineur avant sa sortie. Un courrier de sortie et/ou de liaison est remis systématiquement au patient dans tous les secteurs ; les résultats de l'indicateur IQSS 2022 témoignent de l'attention portée à ce sujet, en secteur ambulatoire et en hospitalisation complète (100% dans les deux cas). Les professionnels sont formés à l'utilisation du logiciel dossier patient et aux règles d'identitovigilance dès l'embauche. Tous les patients sont porteurs d'un bracelet d'identification ; celui attribué aux patients à risque allergique est de couleur rouge. Les personnels du département d'information médicale recherchent les doublons d'identité en lien avec ceux de la cellule qualité. Les professionnels maîtrisent les pratiques de vigilance sanitaire dans tous les domaines. Ils accèdent facilement aux procédures, la permanence des dispositifs de réception et de déclaration est en place. La prévention des risques liés à la prise en charge des patients et notamment des bébés requière la vigilance des professionnels qui disposent du matériel et des installations techniques nécessaires à la prévention de ces risques. Les professionnels respectent les bonnes pratiques relatives au circuit du médicament. La sérialisation des médicaments est réalisée. Le pharmacien assure l'analyse pharmaceutique de niveau 3. Le pharmacien consulte fréquemment les avis du centre de référence des agents tératogènes (CRAT) afin de disposer de toutes les données liées aux spécificités de la prise en charge médicamenteuse de la femme enceinte. Les professionnels des secteurs interventionnels et de l'unité de chirurgie ambulatoire disposent des médicaments selon le principe de la dotation globale. Dans les unités d'hospitalisation complète, c'est le principe du traitement nominatif préparé par les préparatrices en pharmacie (elles assurent un double contrôle), après validation pharmaceutique qui est mis en œuvre. Les préparatrices assurent l'approvisionnement des services et effectuent mensuellement des audits. Les anesthésistes prennent en charge la prescription du traitement personnel lors de la consultation d'anesthésie et les réactivent en post opératoire. A l'admission les personnels séquestrent les traitements personnels des patients qui sont également informés par une fiche explicative. Les observations réalisées ont confirmé l'attention des professionnels au respect des règles assurant la sécurité du circuit du médicament tant pour les pratiques (prescription, dispensation, administration, gestion des traitements personnels, médicaments identifiés à risque...) que pour les matériels et les locaux (armoires de stockage, coffres à toxiques fermés à clef, réfrigérateurs dédiés avec suivi informatisé de la température). Les professionnels réalisent un double contrôle lors de la préparation et avant l'administration d'un médicament à haut risque. Ils utilisent une check list qui est intégrée au dossier informatisé. Des revues d'erreurs liées au circuit du médicament (REMEDI) sont organisées suite aux déclarations d'évènements indésirables ou « never events ». En cas de besoin le dépannage en médicament est assuré par la pharmacie du CHU de Nice dans le cadre d'une convention. Le pharmacien s'implique dans la formation des personnels à la prévention du risque lié au

médicament. Les équipes veillent à la continuité du traitement médicamenteux à la sortie du patient ; ils informent le patient et/ou ses proches et le médecin traitant des modifications apportées et des conseils pharmaceutiques lui sont apportés si besoin. Les valeurs du critère concernant les traitements médicamenteux à la sortie (IQSS 2022) sont connues (100% en hospitalisations complète et ambulatoire). L'audit réalisé confirme que les professionnels assurent le respect des bonnes pratiques transfusionnelles. Le personnel assurant les transfusions bénéficie de formations régulières assurées par les professionnels de l'EFS. Un dépôt d'urgence permet de répondre aux besoins conjoints de l'établissement et de l'hôpital Lenal. Le patient est informé, son consentement est tracé. Les professionnels, soutenus par la gouvernance, la CME et le CLIN qui valident la politique définie, déploient les dispositifs en vue de maîtriser le risque infectieux. Une équipe opérationnelle d'hygiène (sage-femme hygiéniste médecin infectiologue de la clinique St George (même groupe) accompagne la formation, la mise en œuvre et le suivi des démarches. Le suivi des prélèvements (air, eau, surfaces, endoscopes...) est réalisé en équipe. Le suivi de la consommation des solutions hydroalcooliques est réalisé par service. L'indicateur de consommation de solutions hydroalcooliques sur données 2022 relève de la classe A. En 2022 seul le bloc opératoire n'a pas atteint l'objectif correspondant à son activité. Les professionnels ont recours à l'avis d'un médecin infectiologue de la clinique St Georges qui participe aux activités du CLIAS dont la présidence est assurée par un médecin anesthésiste réanimateur. Il répond notamment aux demandes relatives à l'utilisation des antibiotiques. Les professionnels peuvent également recourir aux avis des infectiologues du CHU. La réévaluation des prescriptions d'antibiotique entre la 24ème et 72ème heure est systématique. Les recommandations de bonnes pratiques et les protocoles sont actualisés et disponibles numériquement. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie ; cependant l'audit réalisé a identifié l'absence de traçabilité de la prescription lors de la consultation d'anesthésie. Cela a été acté avec les anesthésistes qui vont remédier à la situation. La traçabilité de son administration au bloc opératoire est réalisée et intégrée à la check list. Les professionnels veillent à l'application des protocoles de préparation cutanée pour les patients opérés. Des audits sont réalisés (hygiène des mains, des locaux, dispositifs invasifs, gestion des excréta...). Le taux d'infections associées aux soins est suivi par unité. Les professionnels assurent la traçabilité des dispositifs médicaux implantables ; le patient dispose des informations concernant le dispositif implanté. Les personnels veillent au respect des précautions standard permettant de maîtriser le risque infectieux (bionettoyage, tenues, lavage des mains, port d'équipements de protection individuels, circuit du linge...). Ils sont formés, connaissent et mettent en application les bonnes pratiques d'isolement du patient. Lors de la visite le respect des bonnes pratiques relatives à l'hygiène des mains et des tenues et la propreté des locaux ont été constatés. Les professionnels connaissent les procédures et conduites à tenir pour prévenir le risque infectieux relatif aux dispositifs médicaux invasifs, réutilisables. Ils appliquent les bonnes pratiques pré et post interventionnelles à ce sujet en lien avec l'unité de stérilisation de l'hôpital Lenal qui en assure la stérilisation dans le cadre d'une convention. Les investigations réalisées ont constaté leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse à certains risques spécifiques (hyperthermie maligne, installation patient, décompensation, ATNC, risque AES...). Dans le secteur d'endoscopie l'ensemble des procédures respecte toutes les recommandations, cela est facilité par la conception architecturale et les espaces dédiés. Les professionnels respectent les obligations vaccinales. Pour ce qui concerne les recommandations vaccinales relatives à la grippe saisonnière, une politique de promotion est menée : campagne annuelle d'information sous forme d'affichage et d'actions conviviales (café vaccination – chocolat), accès gratuit à la vaccination, suivi du taux de vaccination antigrippale par service, centralisé au niveau de la direction des ressources humaines, partagé avec les instances et connu des responsables d'unité. Les professionnels respectent les bonnes pratiques d'utilisation des rayonnements ionisants ; l'activité est limitée au bloc opératoire, le service d'imagerie dépendant d'une autre entité juridique. Une manipulatrice en électroradiologie médicale présente au bloc opératoire tous les jours, manipule l'amplificateur de brillance. Les professionnels sont formés, disposent et utilisent les dispositifs de protection individuels et de dosimétrie active. L'intégration des doses de rayons au sein des dossiers patients est systématique. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post partum immédiat. Les professionnels sont formés et connaissent les procédures à mettre en œuvre. Les personnels en charge du brancardage sont formés au respect des droits du patient (intimité, confidentialité...), aux bonnes pratiques de prévention du risque infectieux, à la gestion des risques et aux gestes d'urgence. Les

observations réalisées lors de la visite confirment que les conditions de transport et de bien-être du patient sont conformes à son degré d'autonomie et à son ressenti. L'accompagnement dans les secteurs interventionnels en format « patient debout » est déployé. L'établissement promeut et organise l'évaluation des pratiques et intègre les actions d'amélioration qui en résultent dans les dispositifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Diverses évaluations de pratiques professionnelles bénéficient d'une 2ème évaluation pour s'assurer des effets. La CME est investie dans la démarche d'évaluation en concertation avec les personnels d'encadrement du site (direction, cadres des services, cellule qualité) et la direction générale du groupe. Les professionnels recueillent l'expérience patients leur permettant de disposer d'avis pertinents enrichissant le plan d'action d'amélioration du service rendu. Les représentantes des usagers sont associées. La mise en œuvre de questionnaires patients permettant l'évaluation de leur perception des résultats des soins prodigués n'est pas encore réalisée. Toutes les données résultant des démarches d'évaluation sont analysées collectivement en équipe terrain, au sein des instances spécifiques (CME CLIAS, CLUD, COMEDIMS, CHST...) et/ou au sein de la cellule qualité et direction qualité du groupe qui apporte un soutien méthodologique et pratique à la mise en œuvre des évaluations. Toutes les données sont diffusées aux instances, elles sont consultables numériquement dans « la bibliothèque Santa Maria ». L'affichage est réalisé dans les unités ; les tableaux de bord sont adaptés aux secteurs d'activités (données générales et spécifiques). Les professionnels sont mobilisés pour déclarer les événements indésirables associés aux soins. Ils utilisent la méthode ALARM pour les analyser en comité de retour d'expérience et/ou réunion de morbi mortalité (RMM) dont la planification est récurrente. Ils bénéficient de l'apport de compétences issues du groupe (direction qualité, médecin gestionnaire des risques associés aux soins de la clinique St Georges). L'établissement envisage d'identifier un professionnel du site pour assurer cette mission. L'ensemble des données est diffusé aux instances et est disponible numériquement dans tout l'établissement, une communication orale est assurée lors des réunions trimestrielles d'organisation des unités et/ou lors des « café-qualité ». L'évaluation des pratiques est développée dans les différents secteurs d'activité sous l'égide de la cellule qualité qui assure notamment le suivi des CREX, RMM, REMED. Le département d'information médicale suit les taux de ré hospitalisation à J+3 jours et J+30 jours. Les professionnels du bloc opératoire suivent le taux de déprogrammation. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, intégrées au PAQSS général et suivies (indicateurs, reconduction d'audits). Pour l'activité de soins continus (2 lits intégrés au secteur d'hospitalisation complète de chirurgie) un registre des refus d'admission est tenu. L'activité étant très réduite, les professionnels n'ont pour l'instant, pas identifié d'indicateurs spécifiques. Les professionnels du bloc opératoire évaluent la mise en œuvre de la check list ; les deux derniers audits réalisés témoignent de son appropriation et de la conformité de mise en œuvre (94% en novembre 2022, 100% en janvier 2023). Les activités d'imagerie et de biologie sont assurées par des professionnels libéraux qui participent aux actions d'évaluation (notamment pour le suivi des délais de rendu des résultats) et aux réunions des instances. Des modifications d'organisation sont mises en place si besoin. Les entretiens et observations réalisés ont confirmé la satisfaction des professionnels à ce sujet.

# Chapitre 3 : L'établissement



**94%**  
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	95%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	73%
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	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	96%

L'établissement, locataire des espaces occupés, est hébergé depuis plus de 20 ans dans les mêmes locaux que l'hôpital Lenval (dédié à la prise en charge des enfants). Les deux entités coopèrent dans différents domaines (entretien des locaux, système d'information, stérilisation, dépôt d'urgence de PSL...). L'établissement a intégré le groupe Kantys en 2020. Depuis cette date des restructurations d'activité ont été réalisées : intégration de l'activité d'obstétrique de la clinique St George, transfert à la clinique St George de certaines activités chirurgicales. Ainsi

l'établissement a recentré son activité sur l'activité de maternité, de chirurgie des cancers (notamment gynécologiques et sénologiques), de chirurgie esthétique, d'endoscopie digestive et de chirurgie viscérale. Il répond, dans le cadre de ses activités aux besoins de santé du territoire. En dehors des synergies établies au sein du groupe Kantys et avec l'hôpital Lenal, il entretient des relations avec les autres établissements de santé du territoire, notamment le CHU de Nice, le centre de lutte contre le cancer et les réseaux de santé (réseau régional périnatalité, Oncopaca). La collaboration avec les professionnels de santé du territoire (CPTS Nice Ouest) ainsi qu'avec les services des collectivités territoriales et par exemple le CCAS de la ville, la PMI du département, est active. Les relations avec le secteur associatif sont établies notamment pour ce qui concerne le soutien aux femmes atteinte de cancers (Rose Azur), le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), l'espace « parents-bébés » de l'hôpital Lenal, et les associations de soutien à l'allaitement et à la parentalité. Les relations entre professionnels médicaux des différentes structures du territoire sont fréquentes notamment à travers l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires en cancérologie. Près de 70 praticiens libéraux exercent au sein de l'établissement ; ils assurent des consultations au sein de leur cabinet en ville et pour certains, au sein de la structure (notamment anesthésistes, gynécologues). L'activité de biologie médicale et d'imagerie est réalisée par des entités privées. La collaboration avec les sages-femmes libérales est facilitée. La gouvernance est attentive au développement du travail en équipe. La spécificité des activités principales (maternité, chirurgie du cancer) y contribue. L'intégration de l'activité d'obstétrique de la clinique St George depuis 2021 a été précédée d'un travail d'équipe et de concertation important permettant d'harmoniser les pratiques. L'expression des professionnels rencontrés et les constats pendant la visite attestent de la réussite du transfert. Les professionnels sont attentifs à la synchronisation des temps de travail médicaux et paramédicaux notamment dans le bloc opératoire. A date l'établissement n'a pas engagé de démarche d'amélioration continue du travail en équipe ni de programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences. Cependant, la démarche visant à obtenir le label « IHAB » (Initiative Hôpital Ami des Bébé) a été initiée. Les connaissances des professionnels issus de la maternité de la clinique St George qui détenait ce label, faciliteront la réalisation du projet. Les professionnels bénéficient d'une politique pluriannuelle de formation notamment pour ce qui concerne la réponse à l'urgence vitale, la bientraitance, l'acquisition et le maintien des compétences. Les nouveaux arrivants bénéficient lors de la prise de poste, d'une période de doublure, variable selon l'expérience antérieure. Un livret d'accueil récapitule les informations essentielles et notamment celles liées à la sécurité et aux droits des patients. Les ressources internes sont mobilisées (médecins anesthésistes, pédiatres, gynécologues, sage-femme hygiéniste, pharmacien, responsables qualité...) ce qui permet d'augmenter le nombre d'actions (réponse à l'urgence vitale, hygiène, droit des patients, sécurité transfusionnelle, circuit du médicament...). Les médecins organisent pour les personnels des formations relatives à leurs spécialités respectives. Les professionnels peuvent solliciter le comité d'éthique de la clinique St George qui intervient en temps opportun lorsqu'il est sollicité. Certains professionnels rencontrés n'en avaient pas connaissance. A date les questions relatives à l'éthique n'ont pas fait l'objet d'un état des lieux ni d'un plan de sensibilisation et de formation des professionnels. Cependant, les professionnels rencontrés ont exprimé leur intérêt pour les questions relatives aux droits des patients et particulièrement pour ce qui concerne les personnes soignées en maternité et pour pathologie cancéreuse. La gouvernance est très soucieuse de la qualité de vie au travail (QVT). La démarche QVT est intégrée au projet social. Elle fait l'objet de temps de discussions au sein des réunions mensuelles de service organisées par l'encadrement. La dernière enquête portant la satisfaction du personnel a été réalisée en juillet 2022. La plupart des critères évalués montrent une réelle satisfaction (vie et relations professionnelles, organisation du travail, communication, documentation qualité et système d'information, maintenance et approvisionnement). Les domaines moins estimés concernent la restauration, la qualité des tenues professionnelles (non tissé) et la reconnaissance du travail par la hiérarchie. À la suite des résultats un plan d'action a été proposé. Il existe une commission « bien être » chargée de travailler avec la direction sur cette thématique. Les représentants du personnel sont associés aux démarches mises en œuvre. Le dialogue social est facilité par la proximité du management. Les réunions d'équipe, l'analyse des déclarations d'évènements indésirables, les entretiens professionnels d'évaluation et d'évolution contribuent à l'identification de pistes d'actions pour améliorer la QVT. Au bloc opératoire l'analyse des débordements est suivie attentivement

dans le but de les limiter au maximum au regard des répercussions que cela engendre sur la vie familiale des personnels. Des actions concrètes sont menées en réponse aux demandes exprimées (prise en charge à 70% des frais de déplacement en transport en commun, séances hebdomadaires de d'hypnose/sophrologie, amélioration des dispositions de la convention collective...). Le document unique des risques professionnels rassemble tous les risques identifiés au sein de la clinique. Le président de CME et les membres du bureau promeuvent la qualité des relations entre les professionnels mettant en exergue la notion de respect et l'enjeu que cela constitue pour toute la structure ; les comportements non adaptés sont signalés et font l'objet d'entretiens avec les professionnels discourtois. La satisfaction exprimée par les professionnels rencontrés et la sérénité de l'ambiance perçue, témoignent de l'attention portée à la QVT. Les professionnels ont accès au soutien de l'encadrement, de la psychologue ou d'un médiateur pour gérer une relation conflictuelle. Les professionnels de l'établissement participent à la gestion des tensions hospitalières du territoire en relation avec les autres établissements. Lors de la crise sanitaire, l'activité d'obstétrique a été maintenue et adaptée aux circonstances, l'arrêt des activités chirurgicales programmées a permis la mise à disposition de professionnels pour soutenir les activités d'autres établissements. La structure participe à la gestion de crise en tant qu'établissement de 2ème ligne et au regard de ses activités et compétences médicales disponibles. Les plans d'urgence sont élaborés en concertation interne et externe ; des simulations sont organisées. De par sa localisation l'élaboration du plan blanc a donné lieu à une réflexion permettant des actions concertées avec l'hôpital Lenval en cas de situation exceptionnelle. Ces deux structures ont été confrontées directement aux conséquences de l'action terroriste de juillet 2016. Les professionnels veillent à la sécurité numérique (changement des mots de passe...). Ils connaissent les dispositions à prendre en cas de constat de piratage mais les réponses des professionnels n'étaient pas toutes similaires. La gouvernance a conscience de la nécessité de poursuivre les actions de formation et de simulation déjà mises en œuvre. Les outils en place (dossier patient, intégration des résultats d'analyses biologiques, d'imageries médicales, accès au système d'archivage et de partage des images) sont appréciés et contribuent à la fluidité des parcours. L'établissement dispose d'un plan de reprise d'activité et la sécurisation des données est assurée. Il existe un plan de suivi et de maintenance de tout le parc informatique. Une astreinte informatique est effective 24/24. La maintenance des installations techniques est réalisée en partenariat avec des sociétés externes et en concertation avec les services de l'hôpital Lenval. Le suivi des visites de sécurité (incendie...) et inspections est assuré ; les recommandations émises sont réalisées. Les dispositions nécessaires à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens sont effectives et concernent tant le public accueilli que les professionnels (caméras de vidéosurveillance, coffres dans les chambres, accès sécurisé des services, accès des locaux par badges nominatifs programmés selon les habilitations, sécurisation des lieux de stockage...). La présence de personnels de surveillance communs à la polyclinique et à l'hôpital Lenval est assurée 24/24. Les professionnels rencontrés de jour comme de nuit ont exprimé leur sentiment de travailler en sécurité. L'établissement, sous l'égide du groupe, a intégré et promeut le développement de la démarche de responsabilité sociétale des entreprises (RSE). La directrice du site assure la mission de référent développement durable. Un audit de situation initiale a été réalisé en 2021 dans le cadre d'une démarche réalisée par l'ARS PACA ; un suivi a été réalisé fin 2022. Différentes actions sont mises en œuvre : attention aux consommations d'électricité, d'eau, achats éco-responsables (notamment pour les couches des bébés), le tri et le recyclage des déchets (10 filières, recyclage des nouettes, réduction des déchets plastiques avec mise à disposition d'eau en carafe et set d'information sur les plateaux repas ...). La diminution d'utilisation de produits détergents est initiée ; elle est réalisée en salle de naissance, (bandeaux de nettoyage en microfibres abrasives, utilisation de la vapeur) et pour le nettoyage des incubateurs bébés. Des actions d'éducation des mamans sont menées dès avant la naissance par deux sage-femmes formées (perturbateurs endocriniens, choix de couches...). Au cours de la visite le constat de la non-conformité du stockage des déchets assimilés aux ordures ménagères (DAOM) a été établi et partagé avec la gouvernance de l'établissement. La dimension du local ne répond plus au volume de déchets pourtant évacués 7j/7 par les services municipaux. Cela entraîne des difficultés de stockage ; les containers débordent, le local était cependant propre la décontamination est tracée. L'établissement a présenté le plan de transformation des locaux qui nécessite une collaboration avec les services de la Fondation Lenval (propriétaire) et un échange de courriels ciblant la possibilité de réaliser les travaux dans l'année. Tout le reste du circuit des

déchets est conforme aux règles d'hygiène. La prise en charge des urgences vitales est organisée sous la direction des anesthésistes et les pédiatres (activité de néonatalogie). L'organisation repose sur un numéro unique aboutissant au téléphone de l'anesthésiste de garde. Les personnels vérifient les chariots d'urgence et suivent leur utilisation ; le matériel nécessaire aux gestes de réanimation des bébés est disponible dans les secteurs concernés. Les professionnels sont formés de manière régulière et participent aux simulations organisées en interne y compris pour le nourrisson. La présence permanente d'un anesthésiste réanimateur, d'un obstétricien et d'un pédiatre renforce la réponse à l'urgence vitale. La gouvernance de l'établissement promeut la politique qualité – gestion des risques intégrée au projet d'établissement. Elle est élaborée conjointement sous l'égide de la direction générale, de la direction du site et de la présidence de la CME. Elle définit les orientations stratégiques en matière d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques associés aux soins. Elle a été validée par les instances et communiquée aux professionnels qui en connaissent les orientations et actions. Ses axes couvrent l'ensemble des activités et affirment notamment les enjeux de la prise en compte de l'expérience des usagers, de la maîtrise des risques et de l'évaluation des pratiques professionnelles. Les responsables de service contribuent à l'acculturation des professionnels de terrain. La veille réglementaire est organisée par la cellule qualité en lien avec la CME pour ce qui concerne la diffusion des recommandations de bonnes pratiques. Des « cafés qualité » sont organisés plusieurs fois par mois par la RAQ qui rencontre les professionnels au sein de leurs unités en traitant un point précis (diffusion de recommandation, résultats d'audits, résultats d'indicateurs, projet qualité...). Elle est accompagnée selon les thèmes traités, par la sage-femme hygiéniste, le pharmacien, la référente douleur... La culture de l'évaluation est réelle. Un bilan annuel des réunions RMM, CREX est diffusé. En dehors des campagnes de recueil nationales (IQSS) de nombreux autres indicateurs sont suivis, analysés collectivement et diffusés. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre selon le cas. L'établissement suit les indicateurs auxquels il est soumis dans le cadre du contrat tripartite (ARS, assurance maladie) d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins. Les revues de pertinence des admissions et des séjours ne répondent pas totalement aux attendus du référentiel. Un PAQSS recense toutes les actions et en suit le déroulement ; il prend en compte les actions qualité sécurité déclinées par le groupe pour tous les établissements (ex. sécurité informatique...). Les professionnels ont accès à tous les documents utiles à travers la gestion documentaire sur l'Intranet « bibliothèque Santa Maria ». La culture de déclaration des événements indésirables (EI) est réelle. Les EI déclarés font l'objet d'échanges lors des réunions de service. Leur gestion attentive participe à l'amélioration continue des pratiques. Le patient "victime d'un EI" est informé par le praticien accompagné par un membre de l'équipe. Un bilan annuel détaillé est élaboré, présenté aux instances, (dont la CDU) et diffusé. Une cinquième version de la procédure de déclaration et gestion et de suivi des EI a été diffusée en février 2023. Les événements indésirables graves sont déclarés sur le portail de l'ARS PACA. Selon les nouvelles dispositions de cette procédure l'EI analysé lors de la visite aurait nécessité une déclaration ARS. Quinze praticiens des disciplines dites « à risque » sont accrédités dont 4 anesthésistes sur 6. La gouvernance du groupe soutient cette démarche. Lors de la sortie, les patients disposent des coordonnées téléphoniques leur permettant de joindre les professionnels en cas de nécessité. Les secrétariats des cabinets médicaux, le département d'information médicale utilisent systématiquement une messagerie sécurisée ; cela facilite la transmission des documents entre professionnels. Les résultats d'analyses biologiques sont intégrés numériquement au dossier patient. Les résultats d'imagerie sont disponibles à travers le PACS du cabinet d'imagerie. L'alimentation du dossier médical partagé est effective, l'accès au dossier pharmaceutique sera possible prochainement (le pharmacien est en attente des codes d'accès). L'établissement bénéficie des organisations du groupe Kantys en matière de participation aux actions de recherche clinique (3 ARC, 1 référent médical oncologue médical...) ; les professionnels désireux de participer à des actions ont toute latitude pour le faire. Des praticiens participent à des études cliniques (cancer du sein...). Les personnes soignées sont informées de la possibilité de refus de participation notamment pour ce qui concerne les recherches à partir des données issues du PMSI. L'établissement participe à la formation des professionnels médicaux (internes de spécialité gynéco-obstétrique), sages-femmes, et de professionnels para médicaux. Les constats issus de la visite identifient la recherche affirmée de l'engagement des patients. Les données issues des questionnaires de sortie, d'enquêtes de satisfaction spécifiques (chirurgie ambulatoire, restauration), enquêtes E-Satis, des contacts directs avec

toutes les mamans le jour de la sortie, alimentent le PAQSS. Les résultats sont communiqués auprès des équipes et du public (affichage, livret d'accueil, site internet). Les actions mobilisant l'expertise des patients sont débutantes. A date les patients ne participent pas à des démarches d'amélioration des pratiques ni d'éducation thérapeutique. Néanmoins l'investissement d'une ancienne patiente, fortement impliquée dans l'association « Roze Azur » a initié la démarche. L'établissement souhaite renforcer le partenariat avec des patients notamment pour les activités de chirurgie du cancer. L'établissement veille à centrer sa communication sur le patient. Il recourt à l'avis des représentants d'usagers qui participent à l'analyse des enquêtes et à la rédaction de certains documents. Les professionnels sont sensibilisés à la détection des cas de maltraitance et plus particulièrement en maternité. A cet égard la collaboration avec les professionnels du service de PMI est fréquente (passage bi-hebdomadaire d'une puéricultrice, et d'une sage-femme chaque mois). Le département d'information médicale identifie par le codage CIM 10, les situations identifiées et tracées dans les dossiers patients. Les investigations réalisées tout au long de la visite de certification ont mis en exergue la bienveillance des professionnels envers les personnes soignées. Les locaux sont adaptés à l'accueil et la prise en charge des personnes porteuses de handicap et les prises en charge de personnes à mobilité réduite notamment en maternité sont régulières. Le médecin responsable du département d'information médicale du groupe supervise avec son interlocuteur du site, l'accès par le patient à son dossier, selon la réglementation en vigueur. Les indicateurs (volume, type, délais d'accès) sont suivis et communiqués à la commission des usagers ; la conformité des délais est effective. Les trois représentantes des usagers (RU) sont très impliquées de par la place qui leur est accordée par l'établissement. Elles ont bénéficié de formation notamment par l'intermédiaire de France Asso Santé ; l'une d'elle est formatrice au sein de cette association. Leur identité est diffusée largement (livret d'accueil, affichage, site internet avec photo). La commission des usagers (CDU) dispose d'une adresse mail générique. Une des représentantes assure la vice-présidence de la CDU. Elles se répartissent la participation aux instances (CLIAS, CLUD...), aux groupes de travail (qualité, projet d'établissement...) et disposent des moyens nécessaires à l'exercice de leurs missions. Elles participent à des actions d'information organisées par l'établissement pour les personnes soignées (actions ponctuelles dans le hall...) et avec les professionnels (café-qualité) et sont invitées aux manifestations organisées. Leurs avis, observations, recommandations sont pris en compte (par exemple pour l'information du patient à propos des enquêtes e-satis, le livret d'accueil, l'amélioration de la collation en ambulatoire, l'accueil des personnes malentendantes...). Le projet des usagers 2020-2024 est formalisé. Les RU prévoient notamment d'organiser une permanence afin de renforcer leur présence, de créer, lors de la semaine sécurité des patients une « chambre de la bienveillance ». La personne rencontrée (par visio en raison de la grève des transports) a exprimé leur satisfaction quant à l'exercice de leurs missions au sein de l'établissement et la réactivité des professionnels à la mise en œuvre de leurs suggestions. L'établissement veille à mettre à disposition de la patientèle les techniques innovantes notamment en matière de chirurgie du cancer du sein. Un travail est en cours pour organiser une prise en charge multidisciplinaire des patientes atteintes d'endométriose. Le management de la qualité et de la sécurité des soins est un des fondements du projet du groupe décliné dans le projet d'établissement en concertation étroite avec la présidence de la CME. La culture de la sécurité des soins est une réalité constatée lors des investigations dans tous les secteurs d'activité. Elle est basée sur la cartographie des risques, le recueil et l'analyse collective des événements indésirables, les démarches EPP, l'expérience patients, les enquêtes culture sécurité des soins (dernière en 2022), les échanges au sein des équipes. Elle intègre les retours d'expérience des démarches d'accréditation des médecins. Des ressources humaines et matérielles sont affectées à cette politique au sein de la direction qualité-gestion des risques mutualisée dans le groupe. Le programme d'action est suivi régulièrement. Le suivi et la diffusion des indicateurs qualité sont réalisés via les instances et groupes de travail mais aussi au travers d'autres supports spécifiques (tableaux de bord par service, affichage, livret d'accueil...). L'établissement mène des actions dans le cadre des journées nationales ou internationales dédiées à la santé (journées de prévention des cancers du sein, semaine sécurité des patients...). La direction et les personnels d'encadrement veillent à l'adéquation des ressources humaines aux activités. Les personnels rencontrés dans l'ensemble des secteurs d'activité ont exprimé leur satisfaction à ce sujet. Certains professionnels identifiés sur le planning sont "polyvalents" et sont mobilisables au sein du service nécessitant un renfort. En maternité un effectif identifié permet de répondre aux besoins ponctuels

de renfort. Le recours des personnels vacataires « habituels » connaissant la structure et ses organisations est privilégié ; ils disposent des moyens d'accès au dossier patient et sont toujours en binôme avec un professionnel salarié de l'établissement. L'établissement n'a pas présenté de maquette organisationnelle précisant l'organisation en matière d'effectifs. L'établissement accompagne les personnels d'encadrement en matière de formation (diplômante, continue) et accompagne les nouveaux responsables embauchés dans l'acquisition des compétences métier ou managériales utiles à l'exercice de leurs missions.

# 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	060000403	POLYCLINIQUE SANTA MARIA	57 AVENUE DE LA CALIFORNIE 06200 Nice FRANCE
Établissement principal	060780756	POLYCLINIQUE SANTA MARIA	57 avenue de la californie 06200 Nice 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 SSR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	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	6
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	40
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	53
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	15
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	67
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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0

Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	9
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		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Maternité	
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et précautions complémentaires
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète	

			Maternité	
9	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou PO
10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Audit système	Dynamique d'amélioration		
12	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport intra-hospitalier des patients
13	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
14	Audit système	Entretien Professionnel		
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie Per opératoire
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
17	Audit système	Représentants des usagers		
18	Audit système	Coordination territoriale		
19	Audit système	Engagement patient		
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
21	Audit système	Leadership		
22	Audit système	QVT & Travail en équipe		
23	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et précautions complémentaires

24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
26	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des EIG
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou PO
28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	

---

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

---

