



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

POLYCLINIQUE SAINT JEAN

92 avenue docteur donat
06800 Cagnes Sur Mer



Validé par la HAS en Avril 2025

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Avril 2025

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	19
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 2025	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 médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

POLYCLINIQUE SAINT JEAN	
Adresse	92 avenue docteur donat 06800 Cagnes Sur Mer 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	060000239	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	92 AVENUE DOCTEUR DONAT BP 189 06800 Cagnes-Sur-Mer
Établissement juridique	060000171	E3S SAINT JEAN	81 avenue du docteur donat 06390 Cagnes Sur Mer FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

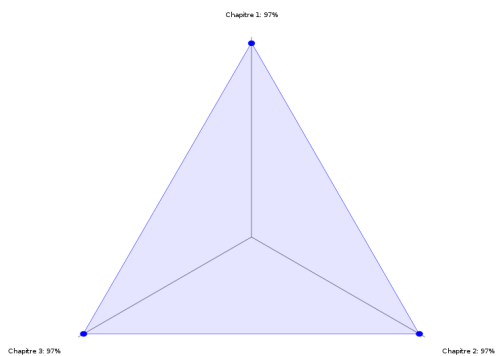
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

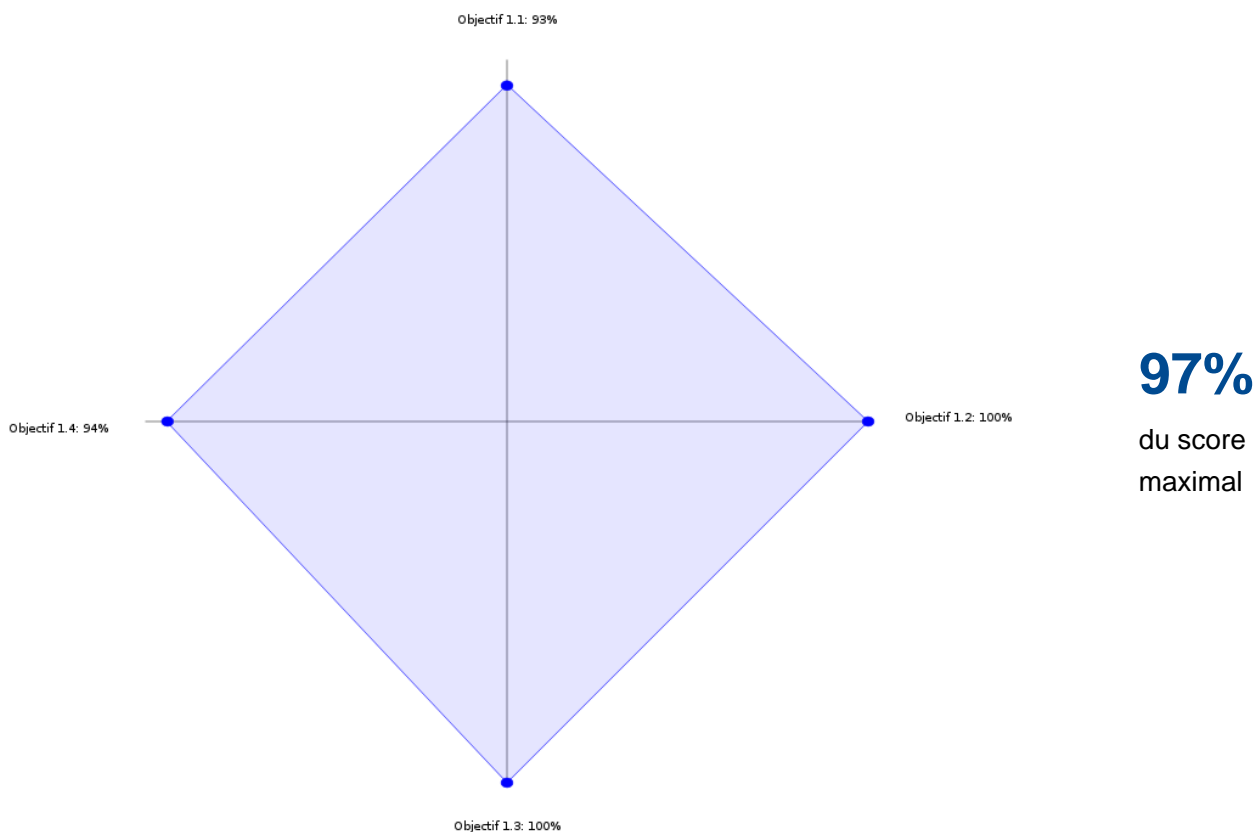
Au regard du profil de l'établissement, **116** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



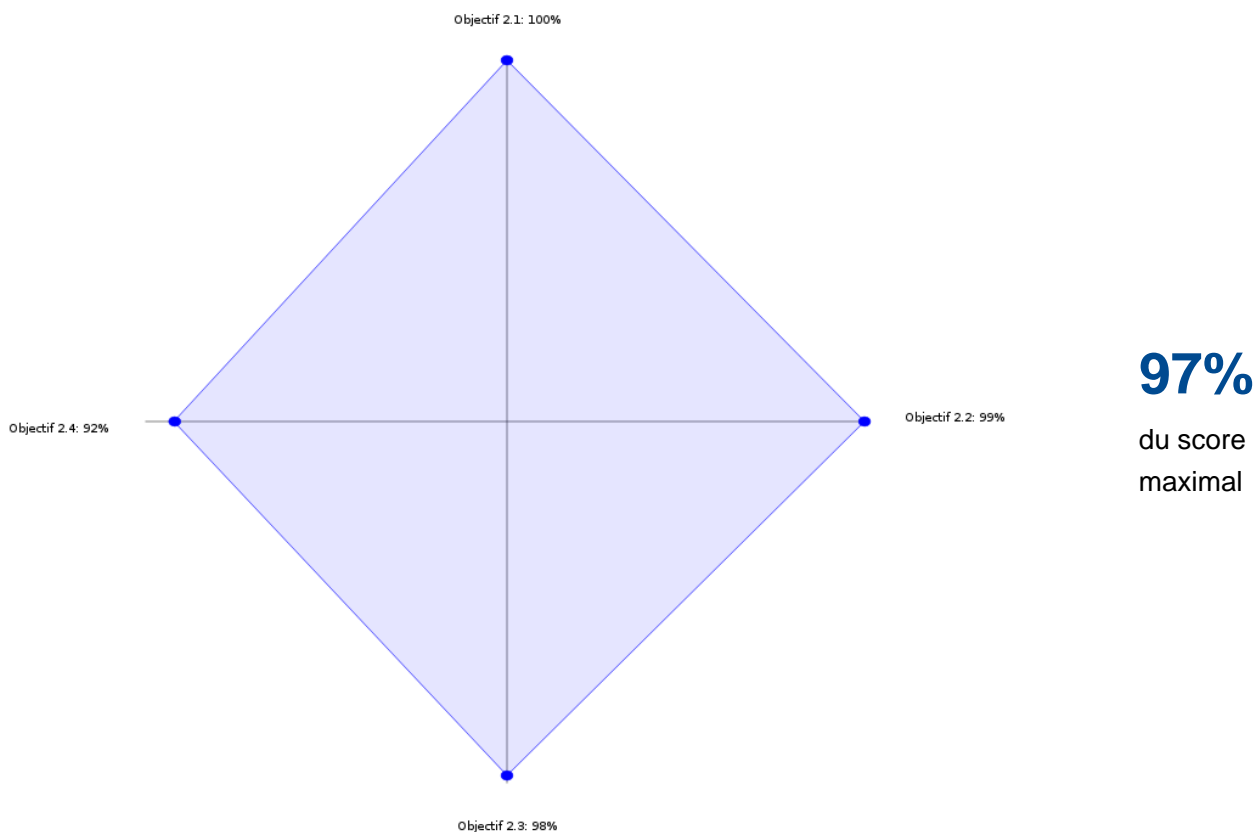
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	93%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	94%

Au sein du Pôle Santé Saint Jean, le patient est pris en charge selon plusieurs parcours : le service des Urgences ou en admission programmée en Médecine et en Chirurgie dans le cadre d'une hospitalisation complète (HC) et/ou en mode ambulatoire ou de jour (HDJ). Les femmes enceintes sont accueillies dans une Maternité de niveau I appartenant au réseau de périnatalité du territoire. Les patients mineurs sont essentiellement pris en charge en Chirurgie ambulatoire. Le patient peut poursuivre ses soins dans le secteur de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) adressé par les services de courts séjours ou directement par la médecine de ville. Le patient profite également d'activités complémentaires indépendantes à proximité du pôle de santé : un centre d'Imagerie (avec radiologie, scanner et IRM), un Laboratoire d'analyses médicales, un Centre de consultations. Le patient est informé et son implication est recherchée. Beaucoup d'informations sont

délivrées en amont de la prise en charge hospitalière en particulier pour la chirurgie et la maternité, au moment de la consultation préalable à l'admission et des séances de préparation à l'accouchement. Le patient reçoit au plus tôt le livret d'accueil correspondant au secteur dans lequel il sera admis. Le patient mineur (et selon son degré de discernement : ses parents) est informé sur son état de santé et les soins proposés ; son avis recherché est pris en compte. En Maternité, les futurs parents sont sollicités et accompagnés dans l'élaboration du projet de naissance de leur enfant. Le patient admis via le secteur des urgences est informé sur son état de santé et sur les soins dont il a besoin ; aussi sur le délai estimé de sa prise en charge. En SMR, le projet personnalisé de soin (PPS) élaboré à l'issue de l'évaluation médicale et paramédicale d'entrée, est explicité au patient pour lequel son adhésion et implication sont recherchés. Les informations données au patient et/ou à son entourage sont consignées dans son dossier informatique (DPI) lequel est structuré pour assurer cette traçabilité ainsi que celle du recueil de son consentement aux soins (macrocibles d'entrée). Au cours de son séjour, le patient est informé à chacune des étapes de sa prise en charge : diagnostique, interventionnelle (soins pré, per, post opératoires), matérielle (dispositifs implantables, DM invasifs), thérapeutique (chimiothérapie, Transfusion, modification de son traitement habituel), etc. De même, en prévision de sa sortie, des consignes de suivi sont remises par les professionnels. Les patients bénéficient de messages spécifiques et adaptés pour promouvoir leur santé par la mise à disposition de nombreux supports et affichages dans les services ; des conseils délivrés par les équipes (temps dédiés en Maternité) ; des ateliers en SMR intégrés dans le PPS (hygiène, alimentation, douleur, chutes, éducation du patient porteur d'une prothèse de genou). Les patients sont amenés à désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix, tracées dans leur dossier. Les patients sont informés de plusieurs façons de leur droit à rédiger leur directives anticipées (site internet, livrets d'accueil, équipes, support d'aide à la compréhension et à la rédaction) ; néanmoins, ce sujet reste encore méconnu pour 20% des patients. Lorsque la situation le nécessite, l'accès aux soins palliatifs est une possibilité présentée au patient dont la volonté est respectée. Les soins de confort et d'accompagnement adaptés sont mis en œuvre. Les patients reçoivent les informations relatives sur les représentants des usagers (RU) et les associations qui peuvent les accompagner (livrets d'accueil, affichages, site internet, journée des droits des patients, intervention des RU dans les services) ; néanmoins, malgré les efforts de l'établissement et le dynamisme des RU, un quart des patients rencontrés ne peuvent répondre ; de la même manière qu'ils méconnaissent généralement les modalités pour signaler un événement indésirable associé aux soins, les modalités d'accès à leur DMP et l'usage préconisée d'une messagerie sécurisée. Le patient peut s'exprimer sur son expérience et sa satisfaction à partir de plusieurs formes d'enquêtes : e-satis, enquête de sortie, enquêtes ciblées (prise en charge dans le secteur opératoire, enquête téléphonique après passage aux urgences, qualité de l'annonce, accueil et ressenti en maternité, lutte contre la douleur, nuisances sonores, etc.) et des enquêtes de ressenti (endométriase, enquête des RU). Les remarques des patients sont prises en compte et donnent lieu à des améliorations (ex. salle d'accueil des parents et salon des petits déjeuners en maternité). Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité. Les patients rencontrés soulignent la bienveillance des équipes. Le patient est accueilli au sein de : locaux modernes, confortables et spacieux ; de nombreuses chambres particulières agréables et adaptées aux besoins (chambre grand confort et chambre adaptée au handicap en maternité ; vaste salon des familles en SMR) ; de zones permettant « l'isolement » et la tranquillité comme en chimiothérapie ou les box individuels en réadaptation et d'une architecture adaptée aux missions du service des Urgences et de l'UHCD. Les conditions de prises en charge, les pratiques, respectent l'intimité, la dignité et la confidentialité. La prise en charge du mineur (essentiellement ambulatoire) fait l'objet des aménagements requis : chambre près de l'infirmier avec affichage, jouets et livres à disposition, collation ludique, présence des parents favorisée y compris pour l'accompagnement au bloc opératoire, voiturette, lit à barreaux, espace dédié au bloc et possibilité pour les parents d'être présents près de l'enfant au réveil, secteur dédié aux urgences, outil d'évaluation de la douleur. Les professionnels des unités accueillant des enfants sont formés à cette prise en charge. Le maintien de l'autonomie du patient, notamment du sujet âgé, est préservé tout au long du séjour en tenant compte de ses capacités et limites évalués à la pré admission et au moment de son installation dans le service. Dans cet

objectif en SMR, le repas en salle à manger est inclus au PPS de même que le passage quotidien 7jours/7 des kinésithérapeutes. Par ailleurs, des adaptations sont prévues pour le patient porteur d'un handicap (un état des lieux a été effectué avec les RU) : chambre dédiée en maternité, boucles magnétiques aux points accueil, ascenseurs sonores, accessibilité des locaux. Le recours à la contention relève d'une décision médicale tracée au dossier et d'une procédure connue mentionnant les conditions de mise en œuvre, la surveillance, la réévaluation périodique et la suspension. Le patient (même non communicant) bénéficie des organisations et des moyens visant à évaluer, prévenir ou soulager rapidement sa douleur comme en témoignent les résultats des indicateurs de suivi dont l'établissement s'est doté en plus des IQSS : prise en charge de la douleur de l'enfant aux urgences ; douleur induite par les soins ; satisfaction ciblée sur la douleur ; la plupart de ces indicateurs se situant au delà de 90%. Il existe des prescriptions conditionnelles d'antalgique encadrées par un seuil de douleur ; le DPI bloquant l'administration du médicament si le seuil de la douleur n'est pas saisi. L'information, l'implication et la présence des proches/aidants dans le projet de soin, sont effectifs. Les habitudes de vie, le contexte social sont pris en compte dans le projet de soin. Un accompagnement diététique, social, psychologique est mis en place pour toutes les situations qui le nécessitent en particulier dans les cas de précarité et/ou de vulnérabilité (patients mineurs et femmes reçus aux urgences et mères en maternité). La sortie du patient est anticipée dans la majorité des cas, selon une approche pluri professionnelle. Le service social est chargé d'orienter le patient vers les relais et/ou partenaires externes (services sociaux, caisse d'assurance maladie (CPAM), protection maternelle et infantile (PMI), réseaux de soin, CPTS) adaptés à sa situation.

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	99%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	92%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée et retrouvée dans le dossier du patient (DPI): qu'il s'agisse de l'admission en hospitalisation complète ou ambulatoire (éligibilité évaluée et tracée, assortie d'un indicateur de suivi) ; en HDJ d'oncologie ; en soins palliatifs en médecine (critères d'identification) et pour les césariennes en maternité. Aussi en maternité, les prises en charge complexes relèvent de staffs périodiques obstétricaux, pédiatriques et psychosociaux. De même, le passage du patient en USC (unité de soins critiques) est justifié dans son dossier et dans ce secteur, les refus d'admission comme les ré hospitalisations sont recensés et analysés. L'admission en SMR est sous tendu de la validation par une commission d'admission pluridisciplinaire ; la pertinence du maintien du patient en SMR est réévaluée collégalement chaque semaine. Il existe également une revue de pertinence des transferts à l'échelle de

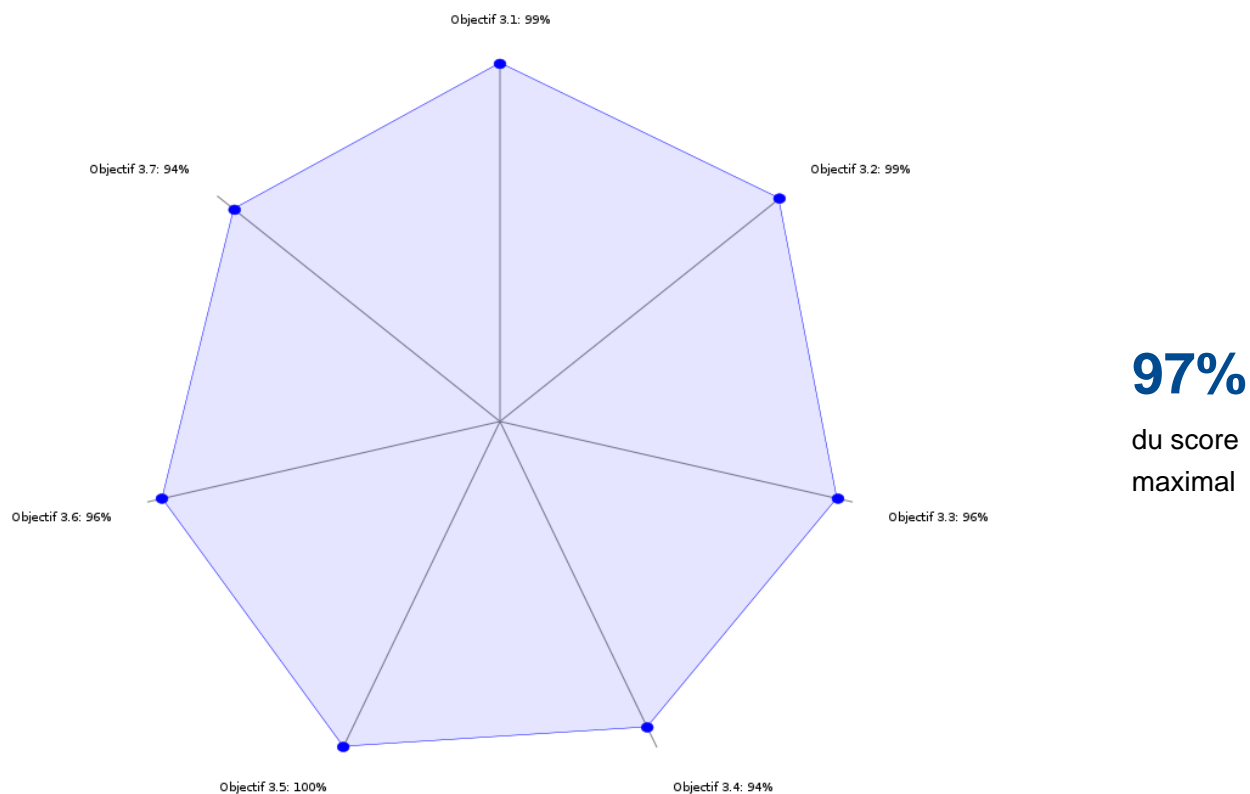
l'établissement et des temps d'échanges réguliers avec les partenaires comme les plateformes territoriales d'appui, l'HAD, les CCAS et les services de PMI, les structures spécialisées de pédiatrie et de gériatrie, etc. La pertinence des décisions des actes interventionnels, invasifs et des produits de santé (transfusion) est argumentée et retrouvée dans le DPI. Les prescriptions d'antibiotiques et d'antibioprophylaxie sont justifiées, respectent les bonnes pratiques et relèvent d'indicateurs de suivi. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soin : il existe des staffs pluridisciplinaires dans les différents secteurs qui associent les équipes de soins de supports et les spécialistes le cas échéant. Les équipes réévaluent les besoins du patient périodiquement (comme en SMR) et si la situation le nécessite (ex. des soins palliatifs). Les décisions prises en équipe sont portées au dossier. L'équipe des Urgences assure au patient une prise en charge et une orientation selon des circuits différenciés. Chaque patient bénéficie d'un accueil et d'un triage par un infirmier formé et selon une échelle de tri informatisée et de son orientation vers le circuit approprié : pédiatrique, gériatrique, circuit court, circuit couché, espaces pour les personnes porteuses de handicap. Les équipes ont accès au logiciel Terminal Urgences (TU) et peuvent repérer les patients ayant déjà séjourné dans l'établissement pour lesquels les données antérieures peuvent être récupérées. Les filières de pédiatrie et de gériatrie ont recours à des personnels dédiés et formés (pédiatre sur place tous les jours, IDE gériatrique et équipe mobile de gériatrie) ; des spécialistes sont facilement joignables. Toutefois, les avis donnés par les spécialistes aux urgences, ne sont pas tracés directement sur le logiciel TU car ces professionnels ne disposent pas des accès requis ; les avis sont, à date de la visite, reportés par le médecin urgentiste en poste après échange avec son confrère. L'établissement a pris note de cette anomalie dans son plan d'amélioration. Aussi, les équipes ont prévu de formaliser une procédure d'hébergement du patient en adéquation des préconisations des avis spécialisés et si le patient ne peut être hospitalisé dans l'unité adaptée. Les délais d'attente aux urgences sont communiqués (écran TV dans la zone d'attente). L'hospitalisation du patient dans la clinique est coordonnée par une équipe de bed managers et la direction des soins qui assurent plusieurs fois par jour la transmissions aux urgences, des lits disponibles. Dans les autres services de l'établissement, les équipes ont accès au même DPI (EXPERT) paramétré en mode parcours, pour que les informations utiles à chaque étape de la prise en charge du patient soient tracées, facilement et rapidement accessibles. Il existe des liaisons informatiques avec l'imagerie et le laboratoire d'analyses médicales permettant une réception rapide et directe des résultats d'examens. Toutes les équipes médicales ont accès au DMP et au dossier pharmaceutique du patient. Une lettre de liaison est éditée et remise au patient à sa sortie comme en témoignent les résultats des indicateurs qualité et des évaluations menées en continue par les responsables ; les documents émis à la sortie du patient sont intégrés à son DMP. Le carnet de santé de l'enfant, pris en compte pour son séjour, est mis à jour à sa sortie. La gestion du programme opératoire, le rôle des intervenants aux blocs, le circuit de l'opéré sont formalisés par une Charte des blocs et un Manuel qualité actualisé. L'organisation des blocs tient compte de la priorisation des urgences et des besoins spécifiques. Les déprogrammations sont replanifiées dans un délai compatible avec les besoins des prises en charge. Les écarts de programmation sont des indicateurs suivis et analysés. Les équipes des secteurs interventionnels bénéficient d'un plan d'intégration (4 mois) et des formations de maintien et de développement des compétences. La check-list « Sécurité du patient », a été adaptée aux différentes spécialités ; elle est intégrée au DPI et mise en œuvre de manière exhaustive ; la qualité de sa réalisation est régulièrement mesurée et fait l'objet des améliorations nécessaires. Toutes les informations liées à la prise en charge de l'opéré sont accessibles via le DPI, à tout moment, dans toutes les salles, par tous les acteurs des blocs et des services d'hospitalisation. La traçabilité des DMI est retrouvée dans le dossier et le compte rendu opératoire. Les équipes maîtrisent les risques liés aux rayonnements ionisants : zoning, matériel de protection à disposition ; dosimètres actifs et passifs portés par le personnel ; un référent de radioprotection identifié et connu ; des actions de sensibilisation. Les doses et équipement utilisé sont tracés dans le dossier et le compte rendu opératoire (fiche de radio protection générée dans le dossier patient informatisé via les appareils des surbrillances) ; le patient est informé. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre pour toutes les situations à risques. Le bilan médicamenteux établi par le pharmacien est intégré au DPI. La prise en charge

palliative est en place dans l'établissement (4 lits identifiés en Médecine) ; elle est coordonnée par des professionnels formés (2 médecins titulaires de DU et 1 IDE en cours de formation) au travers de staffs pluridisciplinaires associant les équipes supports et si besoin les professionnels des équipes mobiles de soins palliatifs du territoire. Les patients en soins palliatifs et leur entourage peuvent être aidés des bénévoles présents dans les services et de thérapies douces (musicothérapie, toucher massage, hypnose). Des solutions sont prévues pour accompagner, si nécessaire, le personnel en souffrance ; les psychologues sont mobilisés 2 fois par mois en groupe de parole. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques : Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise charge ; tous les patients portent un bracelet d'identification y compris en HDJ et en Ambulatoire ; les documents papier consultés durant la visite sont identifiés. Le contrôle d'identité du patient est effectué aux différents points d'accueil et d'admission par un professionnel habilité et formé, qui qualifie l'INS sur la base des documents valides ; les équipes s'assurent de la bonne identité du patient lors des soins et de son parcours dans la clinique ; Les vigilances sanitaires sont organisées ; les responsabilités définies ; il existe une permanence 24h/24 pour les alertes ; Les bonnes pratiques de prescription, dispensation et administration des médicaments sont respectées y compris pour la chimiothérapie et reposent sur les règles de bonnes pratiques : - des prescriptions informatisées (monographie Vidal ; logiciel CHIMIO), précises, justifiées dont l'analyse pharmaceutique est visible par les médecins ; 2 référents antibiotiques s'assurent de la pertinence de ces médicaments ; - une dispensation maîtrisée : des dotations encadrées et sécurisées dans les unités de soins ; une dispensation journalière nominative dans des chariots adaptés et organisés pour distinguer les voies orales/des injectables ; des conteneurs fermés pour le transport des médicaments entre la PUI et les secteurs ; - des réfrigérateurs pour les compléments alimentaires oraux et des enceintes dédiées pour les médicaments à conserver au froid (MEDIFROID) avec sonde de surveillance de la température et report d'alarme ; - une procédure d'approvisionnement en urgence sécurisée : dépannage inter services ; dotation d'urgence avec traçabilité ; convention avec le centre hospitalier de Nice ; - des zones dédiées pour la préparation des médicaments dans les unités de soins, des étiquettes sur les préparations ; une liste des médicaments à haut risques (spécifique pour la maternité et le SMR) et la conduite à tenir (gilet orange et organisation contre l'interruption de tâche) plus une liste de produits nécessitant une vigilance particulière ; les professionnels sont formés à ces préconisations qu'ils respectent ; cependant, il reste à affiner les listes des médicaments des services ambulatoire, de chimiothérapie et des urgences pédiatriques ; - l'administration ou le motif de non-administration des médicaments tracés en temps réel dans le DPI ; les médicaments prescrits sous conditions ne pouvant être validés qu'après saisie du seuil défini ; - une PUI dont les locaux neufs ont conduit à redéfinir des circuits logiques et cohérents pour la réception/livraison des produits de santé, le décartonnage, la préparation des chariots de dispensation journalière nominative, la gestion des commandes et livraisons des services ; le sur étiquetage des plaquettes non unitaires rendant les médicaments identifiables jusqu'à l'administration. Le circuit des stupéfiants est conforme à la réglementation et respecté. Le circuit des chimiothérapies (préparées sous isolateurs par des préparateurs spécifiquement formés et audités) est sécurisé ; le « OK chimio » médecin/pharmacien est respecté et tracé. Les équipes appliquent les précautions requises pour l'administration des produits et disposent du matériel nécessaire en cas d'incidents (bris de flacon, hypersensibilité du patient, extravasation). La sécurité transfusionnelle est assurée. Les professionnels chargés du dépôt de sang sont formés ; leur habilitation est valide et suivie. Les équipes sont formées et auditées à l'acte transfusionnel et disposent dans le DPI d'une check-list pour vérifier tous les points de contrôle requis et un accès direct au protocole EIR (événement indésirable receveur). Le taux de destruction des PSL (minime) est mesuré et connu. La pertinence des transfusions (30 dossiers) est évaluée chaque année. La gestion du risque infectieux est impulsée par la Conférence médicale d'établissement (CME) et le comité de Coordination de la Gestion des Risques liés aux Soins (CORIS) qui ont confié son déploiement à une Équipe Opérationnelle en Hygiène (EOH) en collaboration de l'encadrement des services. Le dispositif est sous-tendu par une gestion documentaire régulièrement mise à jour, par des sensibilisations et formations et un large panel d'évaluations prévues dans le plan d'actions. La bactériovigilance est assurée par un système

d'alerte des cultures bactériologiques positives en lien avec le laboratoire d'analyses médicales partenaire, en particulier pour les BMR, bactériémies, infections urinaires, infections du site opératoire (ISO), infections sur cathéter. Les équipes connaissent les bonnes pratiques de lavage des mains, les précautions standard et complémentaires et respectent les protocoles établis. Les experts ont pu constater le respect des pré requis à l'hygiène des mains dans tous les secteurs. Les équipes sont mobilisées lors des semaines Sécurité des patients et Journée nationale d'hygiène des mains. Les équipes sont formées aux bonnes pratiques de prévention des infections liées aux dispositifs invasifs : le DPI est paramétré pour assurer la traçabilité de la pose, du suivi et l'ablation des dispositifs quand ceux-ci ne sont plus nécessaires ; une évaluation régulière de ces pratiques est en place, coordonnée par l'EOH. Le circuit des dispositifs médicaux réutilisables et des endoscopes est encadré ; il existe des procédures de désinfection et de stockage, de suivi et d'entretien. Leur utilisation est tracée dans le dossier informatique et sur les comptes rendus d'intervention ou d'examen. Les professionnels chargés de la désinfection des endoscopes sont formés. Les contrôles microbiologiques sont assurés conformément aux bonnes pratiques. L'évaluation du risque ATNC est effectif. Les pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont maîtrisées. Dans le cadre d'acte opératoire programmé, l'antibioprophylaxie est prescrite lors de la consultation pré anesthésique et toujours effectuée au bloc pour respecter les délais ; les protocoles nécessaires selon les spécialités sont établis selon les recommandations de la SFAR (société française d'anesthésie et de réanimation) et disponibles dans le système de gestion documentaire. Le respect de ces protocoles est évalué (conforme pour 2024). Les bonnes pratiques per opératoires sont assurées. Le patient est informé dès la consultation, de sa préparation cutanée contrôlée lors de son hospitalisation. Les équipes disposent de protocoles par spécialité et des consignes des chirurgiens. La conformité de la désinfection du site opératoire est évaluée par les responsables des secteurs opératoires. La tenue des personnels aux blocs est conforme aux attendus en hygiène et aux exigences décrites dans la Charte de bloc. Dans les secteurs interventionnels, les équipes s'attachent à mettre en œuvre les actions de prévention imposées par l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) pour les risques liés aux rayonnements ionisants. Le suivi de la radioprotection est assuré par un professionnel radio compétent. Le transport des patients est assuré par une équipe de brancardage dédiée, sollicitée via le DPI ce qui permet de gérer les flux et la situation du patient en temps réel sur son circuit de prise en charge. Les brancardiers bénéficient d'un temps d'intégration et de formations lors de leur recrutement. Ils sont attentifs à l'identité, au confort, à la dignité et à la sécurité du patient. La gestion des déchets est assurée à la fois sur le plan du risque infectieux et d'une démarche de responsabilité environnementale. Des actions de sensibilisation, de formations sont menées auprès des équipes, sur le tri et sur l'élimination des excréta. Les déchets anatomiques et les déchets issus de chimiothérapie relèvent des circuits spécifiques appropriés. En Maternité, les professionnels disposent des documents, matériels et formations nécessaires à la prévention et à la prise en charge de l'hémorragie du post-partum : les procédures sont mises à jour, affichées ; les équipes savent expliquer l'exhaustivité de la prise en charge multidisciplinaire. Des exercices de simulations sont réalisés. En Chirurgie ambulatoire, la sortie du patient est autorisée sur la base du score de Chung pour lequel le personnel est formé. Les équipes sont sensibilisées aux recommandations et obligations vaccinales ; l'accès à la vaccination est offerte par l'établissement et peut être réalisée sur site. Les responsables connaissent le taux de couverture vaccinale des professionnels de leur secteur (16,6% en MCO ; 9% en SMR) et participent à l'analyse de ces résultats et des freins à la vaccination. Des actions d'amélioration sont envisagées. Les équipes sont mobilisées autour de l'évaluation des pratiques ; il existe de nombreuses évaluations annuelles (audits de dossiers, audits de pratiques, suivi d'indicateurs, enquêtes patients, quizz de connaissances) définies par le Comité de gestion des risques et suivies par le service qualité. Ce plan d'évaluation repose sur le recueil et l'exploitation : de la satisfaction et de l'expérience patient, par plusieurs types d'enquêtes dont une évaluation du ressenti par les RU ; des résultats des IQSS et d'autres indicateurs choisis par les services comme le suivi de la dosimétrie, l'antibiothérapie, la conciliation médicamenteuse, les ISO du rachis, des cathéters centraux et DVI, l'éligibilité en ambulatoire, la qualité microbiologique du linge, etc ; et de l'analyse des modalités de réalisation de la check-list aux blocs opératoires ; des EIAS : il existe un protocole et un outil de signalement informatique ; les

équipes connaissent le dispositif et l'utilisent ; tous les signalements sont traités et relèvent d'analyse approfondie des causes (méthode ALARM ; CREX, RMM, REMED) en fonction de leur gravité. Les professionnels participent aux analyses. Un bilan des signalements du secteur est transmis via l'encadrement lors des commissions de soins (3 à 4 par an) et par l'intervention fréquente dans les unités de soins du service qualité (les quarts d'heures qualité). Les chutes en SMR sont traitées par le même dispositif. La déclaration des EIG auprès de la tutelle est effectuée selon les modalités définies par le protocole (1 déclaration en 2021 et 1 en 2023). Les résultats des évaluations déterminent des plans d'améliorations par processus et par service, formalisés dans le plan global d'amélioration de la qualité (PAQSS). Pour autant, les équipes : ne sont pas toujours en mesure d'énoncer les améliorations mises en place ou prévues, pour leur secteur, issues des évaluations (expérience patient notamment) bien que les résultats soient affichés et mis à disposition dans un classeur dédié ; n'ont pas pu présenter de démarche d'évaluation des résultats cliniques sur une prise en charge dans tous les secteurs en dehors d'un audit de pertinence des césariennes programmées en Maternité ; du recueil d'indicateurs des événements thromboemboliques après prothèse de hanche/genou ; d'un audit de prise en charge de la douleur chez l'enfant aux urgences. Les médecins éligibles à l'accréditation connaissent le dispositif ; 24 médecins sont accrédités au stade de la visite. Un point qualité est effectué à minima annuellement entre les équipes de soins, le laboratoire et le service d'anatomopathologie afin de déterminer les améliorations éventuellement nécessaires (le délai de rendu des examens biologiques étant mesuré par la direction médicale). Egalement, les délais de rendez vous et de réception des compte rendus d'imagerie sont suivis ainsi que la pertinence des scanners demandés en urgence. Les informations relatives au don d'organes ou de tissus sont disponibles pour les patients et les professionnels. Les équipes de soins critiques savent contacter les structures hospitalières assurant les prélèvements (convention et coordonnées).

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
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	94%

Le pôle santé Saint Jean est partie prenante dans la construction et la coordination des parcours de soins des patients de son territoire : seul établissement de santé de la ville de Cagnes-sur-Mer. Le Pôle Santé Saint Jean est un établissement poly disciplinaire qui propose sur un même site une offre de soins diversifiée élaborée en lien avec un projet médical partagé par la C.M.E. Cette offre s'est élargie à des consultations spécialisées

adossées à des maisons de soins non programmées (MSNP) installées sur la côte et dans l'arrière pays. Sur le site, une structure de Soins médicaux et de Réadaptation (SMR) indifférenciée est en réalité, fortement orientée en ortho-traumatologie. Cinq thèmes majeurs constituent les orientations stratégiques de l'établissement : le mode Ambulatoire ; les Urgences ; la filière Maternité ; la filière Orthopédique (avec une permanence des soins pour l'Urgence Main, un Sos Dos et des Urgences du membre inférieur); la filière Cancer (l'établissement est autorisé en sénologie, gynécologie et digestif); le Développement Durable. L'établissement a mis en place un partenariat actif avec les structures sanitaires (HAD), médico sociales (assurance maladie, protection maternelle, centre communal d'action sociale, EHPAD), associatives, les professionnels de ville (IDE libérales). Il existe une forte collaboration et des rencontres périodiques avec ces interlocuteurs. L'établissement a instauré des manifestations périodiques hors de ses murs pour le grand public sur des thèmes de santé publique et d'actualités : l'endométriome, la prévention et le traitement du cancer. Le pôle santé est partenaire des CPTS du département. Les modalités d'accès en urgence aux filières spécialisées relèvent de parcours pré établis : circuit pédiatrique ; circuit maternité ; circuit gériatrique ; urgences ortho-traumatologiques ; et avec les correspondants spécialisés de proximité pour les urgences cardiologiques, la psychiatrie ou la neurologie, etc. La gouvernance est tenue directement informée en cas de difficultés d'orientation du patient (astreinte de direction et d'encadrement). L'établissement a mis en place les moyens permettant d'être joignable en permanence 24h/24 pour les patients, familles, professionnels et partenaires. L'établissement suit en continu et par secteur, les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et des documents relatifs à la continuité des soins, édités via le DPI et versés au DMP. Pour autant, tous les professionnels ne connaissent pas les documents versés au DMP. La recherche clinique est mise en œuvre au sein du pôle Saint Jean, en oncologie et pour les MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) ; elle est conduite par la direction médicale et une attachée de recherche clinique. L'établissement soutient et exploite toutes les formes de recueil de la satisfaction des patients : questionnaire de sortie, enquêtes E-satis, nombreuses enquêtes ciblées, enquête de ressenti menée par les RU, recueil et traitement des plaintes et réclamations. Les données issues de ces recueils sont exploitées par la gouvernance, en lien avec les représentants des usagers (et la CDU) et les équipes des services (via les réunions de service et les quarts d'heure qualité) et déterminent les améliorations nécessaires inscrites au PAQSS. L'expérience patient est induite par la participation des hospitalisés aux ateliers d'éducation mis en place en SMR et aux échanges instaurés en salle de convivialité en Maternité. Les patients ne participent pas à date, aux démarches collectives d'amélioration des pratiques. L'établissement a une communication centrée patient : politique, chartes, livrets d'accueil, documents d'informations, présence périodique de la CPAM sur site, des associations ; implication des RU dans les unités de soins ; réponse aux plaintes et réclamations, dispositif opérationnel de médiation. L'établissement prône la bientraitance et la lutte contre la maltraitance dans ses valeurs et sa politique ; deux points d'attention lors du recrutement. Des actions périodiques de sensibilisation et de formations, des outils d'évaluation et des procédures sont mis en œuvre comme un vademecum au format poche à disposition des professionnels et un affichage du 3919 (violence aux femmes) ou 3977 (maltraitance des personnes âgées) dans certains secteurs plus concernés mais de ce fait méconnus des professionnels de l'ensemble de l'établissement. La clinique s'assure de l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap ; une évaluation récente menée avec la participation des RU est en cours d'exploitation pour identifier les améliorations à apporter. L'accès aux soins des personnes vulnérables est effectif ; les professionnels connaissent les ressources à disposition. Les représentants des usagers, actifs dans les services, expriment le fait d'être vraiment écoutés, considérés dans leurs missions et faire partie intégrante de l'établissement. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier ; respecte la réglementation et en informe la CDU. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. La politique qualité, portée par le projet d'établissement est définie par le Comité de Coordination de Gestion des Risques liés aux Soins (CORIS) associant la Direction, les CME du site, le Directeur Médical, les Pharmaciens, les Directions de soins et encadrants des services, le service qualité. Cette politique est axée sur une approche de maîtrise des risques pour l'ensemble des processus. Cette politique est déclinée dans un Programme Qualité,

Sécurité des Soins (PAQSS) qui définit les objectifs d'amélioration et de sécurisation des soins, priorisés, par secteur. La politique et le programme sont évalués (a minima de façon annuelle) et réajustés en fonction des évolutions réglementaires, des orientations nationales et régionales, des objectifs fixés par le CPOM, des résultats des précédentes certifications HAS, des résultats des contrôles externes et des évaluations de pratiques professionnelles, de l'écoute client, du rapport annuel de la CDU, de l'analyse des risques a priori et a posteriori, du suivi des indicateurs, de la gestion de crise, des informations en provenance des instances et des professionnels. La politique et le programme qualité sont approuvés par le Conseil d'Administration et les Représentants des usagers. La politique qualité intègre les enjeux de la Responsabilité Sociétale et Environnementale. L'établissement a mis en place des outils de communication et de suivi du dispositif qualité en tenant compte des résultats de l'évaluation de la culture qualité faite en 2024 : un plan de transmission des résultats des audits et évaluations ; des moyens d'acculturation : accompagnement, formations et sollicitation des équipes; déploiement de manifestations internes et externes (journées à thèmes). Malgré l'accompagnement assuré par le service qualité et les responsables des services, les entretiens professionnels ont mis en évidence la difficulté des équipes terrain à citer les améliorations récentes réalisées ou prévues pour leur service. L'établissement adapte ses ressources afin d'assurer la sécurité des prises en charge : recrutements selon les besoins, gestion des absences programmées, cellule de programmation avec adaptation des ressources selon la charge en soins, fidélisation des vacataires (pool), accueil et intégration supervisée, périodes de doublure, développement de la polyvalence dans les secteurs opératoires, montée en compétences, formations diplômantes, réduction d'activité en cas de manque de ressources, etc. La direction et les responsables ont bénéficié de formations en management. Le travail en équipe est soutenu. Il a fait l'objet en 2024 d'une enquête auprès des personnels qui ont mis en évidence des points forts comme : la répartition claire des tâches ; l'entraide et le soutien dans les équipes ; le signalement des dysfonctionnements ; la communication envers le patient ; le partage des difficultés avec la hiérarchie – et des points d'amélioration comme : la régularité des temps d'échanges et les exercices pour les situations urgentes ou difficiles - ce qui a été corrigé durant l'année. La gouvernance veille au maintien de temps de réflexion collégiale et de partage d'expériences au niveau de l'encadrement et dans les services de soins, sans qu'il s'agisse de démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe (type CRM santé ou Pacte) Le maintien des connaissances et le développement des compétences des professionnels sont assurés par un large plan de formations qui tient compte des demandes des salariés et des besoins d'adaptation aux évolutions de l'activité (IDE d'orientation, DU de réa, DU d'urgence, DU de soins palliatifs ; accès aux diplômes IDE, AS, IDE de pratique avancée, apprentis). Le questionnement éthique est promu via un Comité Ethique et un groupe de travail (plusieurs séances de travail en 2023 et 2024) animé par un cadre référent. L'organisation du comité, ses missions sont formalisées. En revanche, les modalités de pilotage et de travail du groupe éthique ne sont pas clairement définies ; de même que celles permettant aux professionnels d'identifier les questions éthiques liées à leur secteur d'activité (formulaire ? boîte à idées ? circuit ? personne ressource ?). En cas de besoin, le comité du pôle Saint Jean peut avoir recours au comité Ethique Azuréen. Il existe une politique et une démarche active de qualité de vie au travail (QVT) intégrée au projet de l'établissement. Cette démarche est pilotée depuis 2024 par un Comité de pilotage QVT regroupant la gouvernance, l'ingénieur environnement, le service communication et un représentant du personnel. Ce comité a construit sa démarche sur la base d'une analyse des forces et faiblesses du pôle santé et d'une enquête de satisfaction des salariés. Un plan d'actions a été élaboré comme : l'installation de salles de repos supplémentaires, d'un espace sport, d'ateliers pour la semaine QVT, de solutions de maintien de la santé mentale (sophrologie, massages) et de Team building. Plusieurs actions ont été mises en place durant l'année 2024 en particulier dans le cadre de la semaine QVT (ateliers et animations). L'ambiance au travail est évaluée via un quizz « Team spirit » mettant en évidence le ressenti des équipes selon les jours de la semaine. Il faut noter l'existence au sein du pôle santé d'une crèche pour les enfants du personnel et la mise à disposition de solution d'hébergement pour les nouveaux arrivants. Les professionnels bénéficient de l'entretien professionnel bi annuel et d'appréciation ; tout nouveau personnel est évalué 2 mois après l'embauche. Des solutions de soutien et de gestion des conflits sont en place : disponibilité

et écoute de la direction et de l'encadrement, aide psychologique, politique de médiation et outils de résolution de conflits. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (THSSE) est assurée. Les risques pouvant générer des tensions ont été identifiés et formalisés dans le Plan de THSSE mis à jour en 2024, validé par une visite de l'ARS. La cellule de crise est organisée et a testé sa réactivité par un exercice de simulation tout comme l'établissement s'est exercé à l'installation de son matériel de lutte contre les agents infectieux. Ce plan est présenté aux nouveaux professionnels durant la période d'intégration et régulièrement rappelé aux personnels en formation interne. La plupart des professionnels rencontrés connaissent le dispositif mais ne savent pas expliquer les modalités de son déclenchement (confusion entre la mission du directeur d'établissement et celle des tutelles). Aussi le personnel de nuit rencontré en SMR n'a été en capacité de répondre pour ce qui les concerne, malgré la reformulation de la question et bien que ces personnels aient été formés au dispositif de gestion de crise et disposent sur l'intranet des images des exercices récemment réalisés. L'établissement a pris note de cette anomalie et a établi sans délai durant la visite, un plan d'actions correctives pour 2025 : poursuite des exercices de simulation ; déploiement des quarts d'heures qualité sur le sujet ; rédaction d'une fiche réflexe sur le déclenchement et l'alerte ; renforcement des sensibilisations et évaluations des connaissances des équipes via un e-learning dédié. Le plan de sécurisation du pôle santé est formalisé, actualisé et opérationnel. Il est construit à partir d'une analyse des risques et de l'environnement de la clinique. Des mesures de sécurité sont en place, en particulier au niveau des espaces et zones à risques : vidéo protection (38 caméras) ; 24 postes « coup de poing » ; portes automatiques fermées la nuit avec interphone ; accès aux services par badges ; contrôles d'accès nominatifs en maternité ; accès sécurisé par ascenseurs la nuit et weekend ; plus de 200 poignées sécurisées, un PC sécurité permanent ; des conduites à tenir en cas de violences physiques et pour les situations d'attentat et d'alerte à la bombe - assortis de formations internes. Pour autant, les professionnels de certains secteurs (Chirurgie et SMR) ne connaissent pas ces conduites à tenir. L'établissement s'est saisi de ses risques environnementaux et des enjeux du développement durable (DD) formalisés dans son projet d'établissement ; une politique éco responsable qui repose sur 4 axes dont la préservation des ressources, l'investissement d'équipements non-énergivores, une consommation juste et durable et l'appropriation par tous de cet enjeu au quotidien dans un cadre de soins éco responsables. Cette démarche repose sur une analyse environnementale (faite conformément à la norme 14001) alimentée au fil du temps, pilotée par l'ingénieur environnement et mise en œuvre par des groupes de travail. Des actions sont en place : éco soins en maternité (changes BB et récupération des nouettes) ; filières et tri pour les déchets ; fontaines à eau ; centrales de dilution pour les produits d'entretien ; éclairage LED et détecteurs ; promotion du covoiturage et de l'ecoconduite, etc. La prise en charge des urgences vitales (UV) est organisée : tous les secteurs peuvent appeler un médecin compétent pour intervenir via un numéro d'appel unique dédié et affiché (ce numéro n'est pourtant pas bien connu des secteurs administratifs) ; les services disposent du matériel requis et contrôlé (sacs, chariots, matériel pédiatrique) ; des simulations sont réalisées ; les formations aux gestes d'urgence sont assurées et planifiées ; le dispositif de prise en charge a été évalué et a prouvé son efficacité. Une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est mise en place par l'établissement qui avec la CME mobilise les équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques. Les recommandations adéquates sont recueillies et généralement transmises aux professionnels concernés via les services support (service juridique et qualité) et par les professionnels responsables et les référents. Ces documents sont partagés en particulier pour l'élaboration des procédures et conduites à tenir. L'établissement a mis en place des revues de pertinence des admissions et des séjours adaptés aux secteurs. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte le point de vue du patient sollicité par plusieurs types d'enquêtes et lors de sa participation à certains ateliers d'éducation ; de même que la contribution active des représentants des usagers. Toutefois, les professionnels rencontrés ne connaissent pas toujours les recommandations émises par la CDU. L'établissement analyse, exploite et communique autour des IQSS et de la survenue des EIAS. Les équipes sont sollicitées sous différentes formes : analyse de causes, échanges avec l'encadrement à partir de la diffusion des indicateurs, réunions de service, points qualité, participation aux instances. Les actions d'amélioration issues de l'analyse de ces résultats sont partagées avec les professionnels et inscrites

au PAQSS. La Commission des usagers en est informée. Il faut toutefois noter que la procédure d'information du patient en cas d'EIAS, n'est pas toujours mise en œuvre (conforme à 61% en SMR). L'établissement, siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences suit au quotidien ses besoins en lits d'aval et a mis en place un plan de gestion de ses lits d'hospitalisation par une cellule de coordination qui associe les bed-managers, la direction des soins et le service des ressources humaines. Les situations de tensions sont discutées avec la gouvernance et les médecins pour soutenir les actions nécessaires. Les situations des lits occupés par les patients admis en urgence sont analysées et révisées si nécessaire avec les services de soins concernés. L'accréditation des médecins est promue ; les actions menées dans le cadre de ce dispositif sont articulées avec le PAQSS. 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 :? Poursuivre la formation des personnels sur le sujet des THSSE ; Etablir des listes de médicaments à haut risque propres aux services d'ambulatoire, de chimiothérapie et des urgences pédiatriques ; Développer la connaissance par les équipes des améliorations mises en place ou prévues dans le PAQSS ; Développer les démarches d'évaluation des résultats cliniques ; Renforcer la connaissance des recommandations émises par la CDU ; Définir les modalités de pilotage et de travail du groupe éthique, former les professionnels à l'identification des questions éthiques liées à leur secteur d'activité ; Renforcer l'information des patients sur les directives anticipées, les RU, les modalités pour signaler un EIAS, pour accéder au DMP et l'usage préconisée d'une messagerie sécurisée.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	060000239	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	92 AVENUE DOCTEUR DONAT BP 189 06800 Cagnes-Sur-Mer
Établissement principal	060780517	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	92 avenue docteur donat 06800 Cagnes Sur Mer FRANCE
Établissement juridique	060000171	E3S SAINT JEAN	81 avenue du docteur donat 06390 Cagnes Sur Mer FRANCE
Établissement géographique	060780343	E3S SAINT JEAN	81 avenue du docteur donat 6390 Cagnes Sur Mer FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
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	Oui
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	Oui
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	2,601
Nombre de passages aux urgences générales	34,822
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	67
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	83
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	34
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	42
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	2
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	8,560
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	5
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	58
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	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)	18
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		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Audit système	Représentants des usagers		
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Cancéro - CHIMIO
6	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
7	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
8	Audit système	Dynamique d'amélioration		

9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Engagement patient		
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
19	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Audit système	Risques numériques - Professionnels		

24	Audit système	Maitrise des risques		
25	Audit système	Leadership		
26	Audit système	QVT & Travail en équipe		
27	Audit système	Entretien Professionnel		
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
30	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
31	Patient traceur		<p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
32	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p>	

			Tout l'établissement	
33	Parcours traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
34	Parcours traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
35	Audit système	Coordination territoriale		
36	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
37	Patient traceur			
38	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
39	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap	

			<p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
40	Patient traceur		<p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
41	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
42	Patient traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
43	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
44	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	

45	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
46	Parcours traceur		<p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient âgé</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
47	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
48	Parcours traceur		<p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Tout l'établissement</p>	
49	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
50	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
51	Patient traceur		<p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p> <p>Patient en situation de handicap</p>	

			Programmé Tout l'établissement	
52	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
53	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
54	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
55	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
56	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
57	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Médecine	

58			Pas de situation particulière Soins critiques Tout l'établissement Urgences	
59	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
60	Audit système	Entretien Professionnel		
61	Audit système	Entretien Professionnel		

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

