



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
LA PALMOSA**

2 avenue antoine peglion

Bp 189

06507 MENTON



Validé par la HAS en Mai 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 – Mai 2023

# Sommaire

---

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

# Préambule

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

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

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

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

**Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...**

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins 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**

- 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

CENTRE HOSPITALIER LA PALMOSA	
Adresse	2 avenue antoine peglion Bp 189 06507 MENTON Cedex 06507 FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

**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	060791761	CENTRE HOSPITALIER LA PALMOSA	2 AVENUE ANTOINE PEGLION 06507 Menton FRANCE

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

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

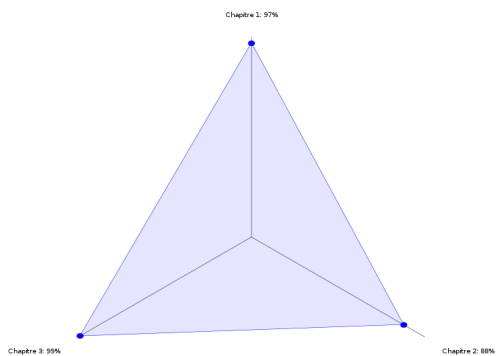


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

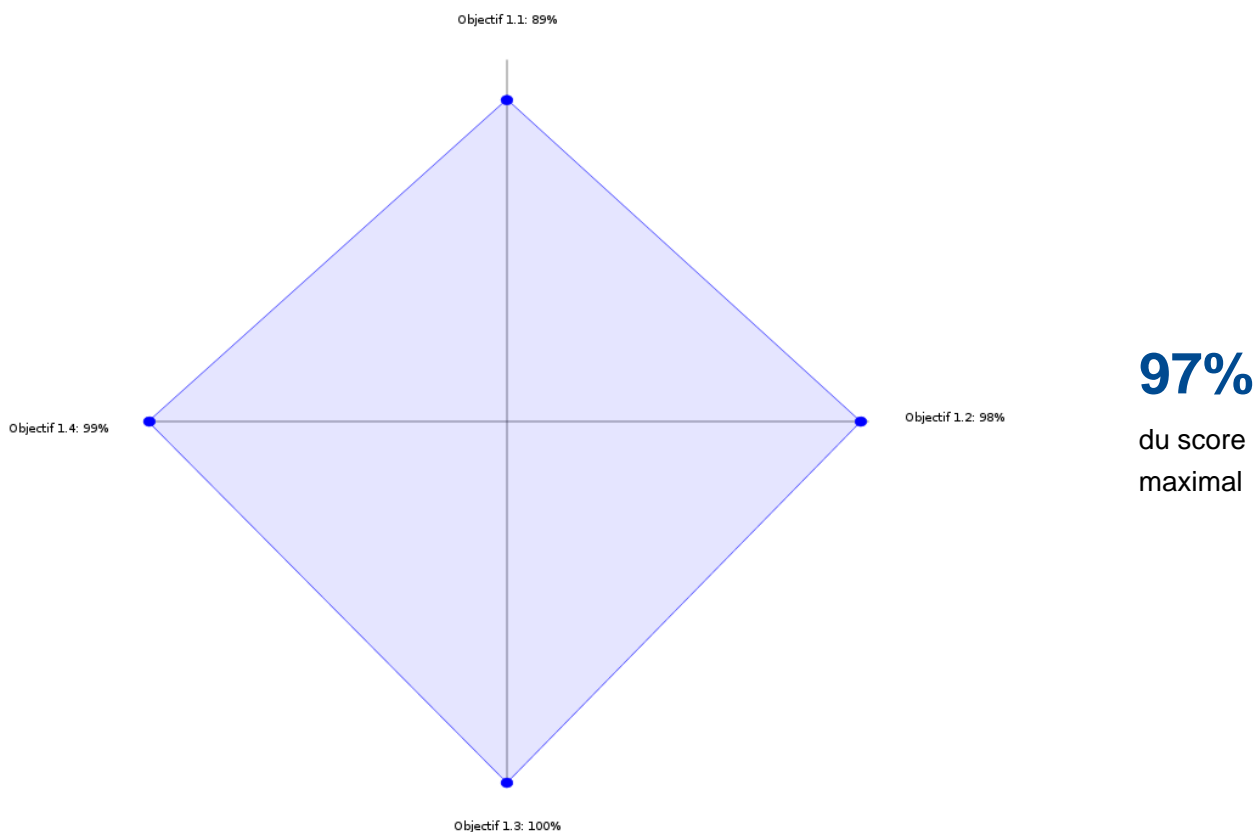
Au regard du profil de l'établissement, **112** critères lui sont applicables

# 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.	89%
1.2	Le patient est respecté.	98%
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	99%

L'information du patient est présente dans tous les secteurs d'activité de l'ES. Des affichages portant sur des messages de santé publique sont apposés dans les services. Les différentes chartes sont retrouvées ainsi que les coordonnées des représentants des usagers. Le livret d'accueil est systématiquement remis au patient lui permettant une information complète et adaptée ainsi qu'à ses proches. Des livrets d'accueil par secteur sont également déployés. L'information du patient sur sa possibilité de déclarer des événements indésirables graves n'est toutefois pas retrouvée.

Le Centre Hospitalier de Menton s'associe chaque année aux différentes journées nationales sur des thématiques de santé publique telles que : hygiène des mains le 5 mai 2022, journée du diabète pendant la visite de certification, tabac, semaine sécurité....

Les patients pris en charge en secteur ambulatoire reçoivent les informations nécessaires à ce type de prise en charge. La traçabilité de l'information donnée au patient ainsi que la traçabilité du recueil de son consentement lors de prescriptions de produits sanguins labiles étaient inégales lors des constats des EV, mais l'ES a mis en place au cours de la visite des mesures correctives.

La recherche du consentement libre et éclairé du patient à son projet de soin est recherchée, et à défaut celle de ses proches est requise. En revanche, le recueil des directives anticipées reste à développer. Les équipes sont en cours de réflexion afin d'évoluer sur cette thématique qu'ils ont eux-mêmes identifiées. Si la personne de confiance est recherchée, sa traçabilité dans le dossier du patient reste à améliorer.

Le Centre Hospitalier de Menton met en œuvre toutes les dispositions permettant au patient d'être respecté tout au long de sa prise en charge, et cela même dans les secteurs de soins tels que les urgences où les locaux, de par leur architecture actuelle, ne permettent pas de proposer des conditions d'hébergement favorisant le respect de la dignité du patient. En effet, par manque de place, les patients attendent dans les couloirs sur des brancards. Le personnel est toutefois attentif à ce que leurs actions permettent de réduire, autant que faire se peut, cette difficulté. Par ailleurs, l'établissement de santé nous a présenté le projet de restructuration du service des urgences, qui est validé, en cours de réalisation sur la partie marchés publics et dont la livraison est prévue à horizon 2024.

Dans les services d'hospitalisation, nombre de chambres sont doubles, avec un rideau amovible.

Le service d'urologie ambulatoire a complètement été restructuré et aménagé. Il bénéficie maintenant de locaux visant au bien-être du patient pendant la durée de sa prise en charge.

La contention du patient, si nécessaire, fait l'objet d'une prescription, réévaluée au regard de la spécificité de la prise en charge, en lien avec la réglementation.

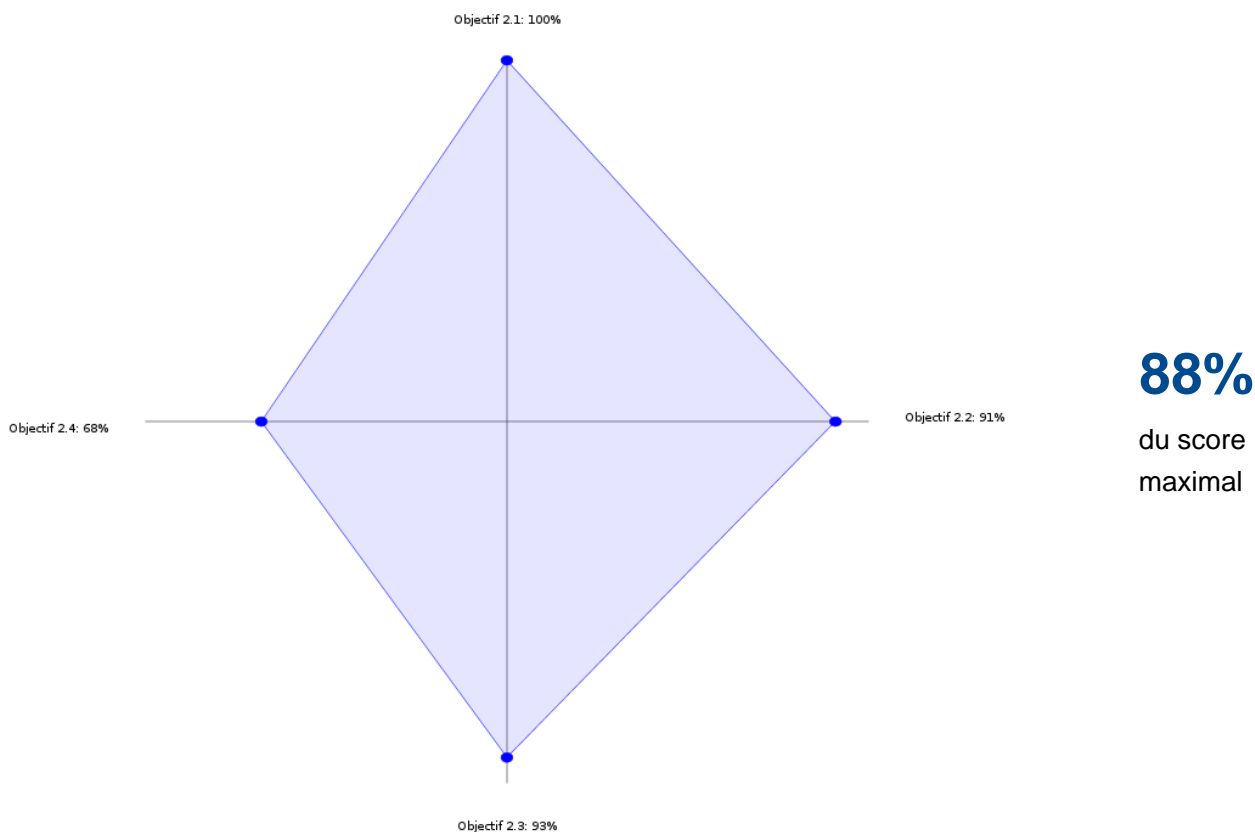
La prise en charge de la douleur est effective, évaluée et tracée dans le dossier patient. Des protocoles de prise en charge de la douleur sont en place.

L'association des proches du patient est recherchée, avec l'accord de ce dernier, et ils sont associés à sa prise en charge. Leur présence est favorisée dans toutes les situations la requérant. La préservation de lien social et familial est effective.

Le service des urgences dispose d'une « Permanence Accès aux Soins de Santé », avec une assistante sociale à temps plein permettant l'identification des besoins sociaux dès l'entrée du patient. Il s'est également doté d'une « IGU », infirmière gériatrique aux urgences, dans le cadre du pacte de refondation des urgences et plus précisément la mesure 5 « Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences ».

Les besoins et préférences des patients vivant en situation de handicap sont pris en compte tout au long de leur prise en charge au sein de l'établissement ». Compte tenu de la pénurie de personnel, son action est actuellement suspendue mais sa reprise est prévue en janvier 2023. Dans le cadre de la préparation à la sortie, les besoins et conditions de vie à l'extérieur font l'objet d'une attention particulière dans les diverses prises en charge, et notamment lors des sorties de SSR. L'expérience patient est recherchée tout comme l'expertise qui est initiée et dont l'évaluation sera à mettre en œuvre prochainement.

## 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	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	68%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée et la traçabilité retrouvée dans le dossier patient au sein des différents secteurs d'activité. En secteur de SSR, la pertinence des admissions et du séjour est argumentée et réévaluée au sein des équipes. Lorsque l'état de santé est compatible avec une hospitalisation en HAD, celle-ci est mise en place. Les liens entre l'établissement et le service HAD de Menton sont fonctionnels.

Les prescriptions d'antibiotiques sont réévaluées entre la 24ème et 72ème heure. Des formations à leur utilisation sont réalisées et s'étendent également aux internes de l'établissement. A ce titre, le logiciel de prescription notifie une alarme afin de ne pas omettre cette réévaluation, et la durée de prescription des antibiotiques est limitée.

La pertinence de la prescription des produits sanguins labiles a donné lieu à une EPP, en Septembre 2022. Des actions d'amélioration ont été identifiées notamment sur la traçabilité du recueil du consentement du patient. D'autre part, à l'arrivée des experts-visiteurs, la traçabilité de l'heure de fin de la transfusion était inégalement retrouvée. Durant la visite, ce dysfonctionnement a été pris en compte et le document had oc revu. L'information a également été diffusée auprès des équipes.

La préparation de la sortie du patient est anticipée. La lettre de liaison est remise.

Le dossier patient est en partie informatisé. En effet, le secteur de chirurgie ambulatoire utilise un dossier papier, certaines prescriptions médicamenteuses sont papiers à l'instar de la chirurgie conventionnelle dont les prescriptions se font sur papier en per et post opératoire, mais sur le logiciel dès la salle de réveil. D'autre part, les différents modules des dossiers informatiques ne s'interfacent pas ou très difficilement. A ce titre, le dossier Urgences est imprimé pour être monter dans le service d'accueil au moment du transfert du patient. Ce fonctionnement nécessite une reprise des prescriptions à l'arrivée du patient. Le dossier transfusionnel est papier. Par ailleurs, le logiciel DPI est plus adapté aux prises en charge de moyen séjour qu'à celles MCO, les professionnels se plaignent de son manque d'ergonomie pour ce type de prise en charge. L'établissement a identifié cette problématique dossier patient, et est en cours d'étude pour changer de logiciel au plus tôt.

Pendant et à l'issue du séjour, les différents documents sont contenus et archivés dans une enveloppe "dossier unique".

Le dossier préhospitalier dans le cadre d'une prise en charge SMUR est constant. La régulation SAMU est réalisée par le SAMU 06, basé à Nice dans le respect de la réglementation.

Les équipes construisent, avec le patient, le projet de soins adapté à ses besoins et préférences en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. Ces besoins et préférences, identifiés, sont réévalués tout au long de sa prise en charge.

La conciliation médicamenteuse est déployée dans le secteur de SSR pour les patients de plus de 75 ans et polymédicamenteux. Pour les autres secteurs, elle se fait lors de prise en charge identifiées à risques. Pour le secteur de chirurgie, le projet est prévu pour 2023.

Les équipes mettent en place des temps d'échanges autour de la prise en charge du patient. En fonction des services ce sont des staffs pluridisciplinaires, des réunions de service, des RCP ou tout autre temps de coordination.

L'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge est effective. Les patients des unités d'hospitalisation complète bénéficient de bracelet d'identification, à l'exception des patients d'USLD, qui le porte pour sortir du service.

Les vigilances sanitaires sont en place, connues des professionnels.

Les règles de prescriptions, de dispensation, d'administrations, d'approvisionnement et de stockage des médicaments sont connues et appliquées. Les prescriptions papiers ne sont pas horodatées. La dispensation des médicaments est nominative, les pilluliers sont préparés à la pharmacie par la préparatrice référente du service, selon un calendrier de dispensation. Il existe un stock d'urgence accessible par les cadres de garde. Tout prélèvement dans ce stock est tracé.

Les médicaments à risques, pour l'établissement, ont été identifiés. Ils font l'objet d'une signalisation particulière pour leur identification. Un audit sur la connaissance de ces produits identifiés à risque a été réalisé à l'été 2022.

La démarche palliative est pluridisciplinaire, coordonnée et mise en œuvre pour les patients nécessitant ce type de prise en charge. Le Centre Hospitalier de Menton dispose de 4 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) qui sont situés dans le service de médecine 4. A ce titre, un aide-soignant supplémentaire est dédié aux prises en charges palliatives.

La maîtrise du risque infectieux est effective, les professionnels appliquent les bonnes pratiques d'hygiène que ce soit pour les mains, les précautions standards et complémentaires, même si les prescriptions des précautions complémentaires ne sont pas toujours réalisées par les médecins.

La check-list de bloc est utilisée. La charte de bloc existe mais ne contient pas les rôles et missions des

intervenants au bloc.

Il est à noter que les professionnels ne portent aucun bijou. Des audits sont réalisés régulièrement : hygiène des mains, précautions complémentaires et standards, enquête de prévalence. L'équipe d'EOH est très présente dans l'ES tant auprès des patients que des professionnels. Elle dispose de personnel formé en hygiène et bénéficiant de temps dédié pour exercer et déployer leurs missions.

La vaccination des professionnels est un objectif de l'établissement. Les taux de vaccination sont connus par service.

Le transport des patients en interne répond aux attendus en termes d'hygiène, de sécurité et de confort.

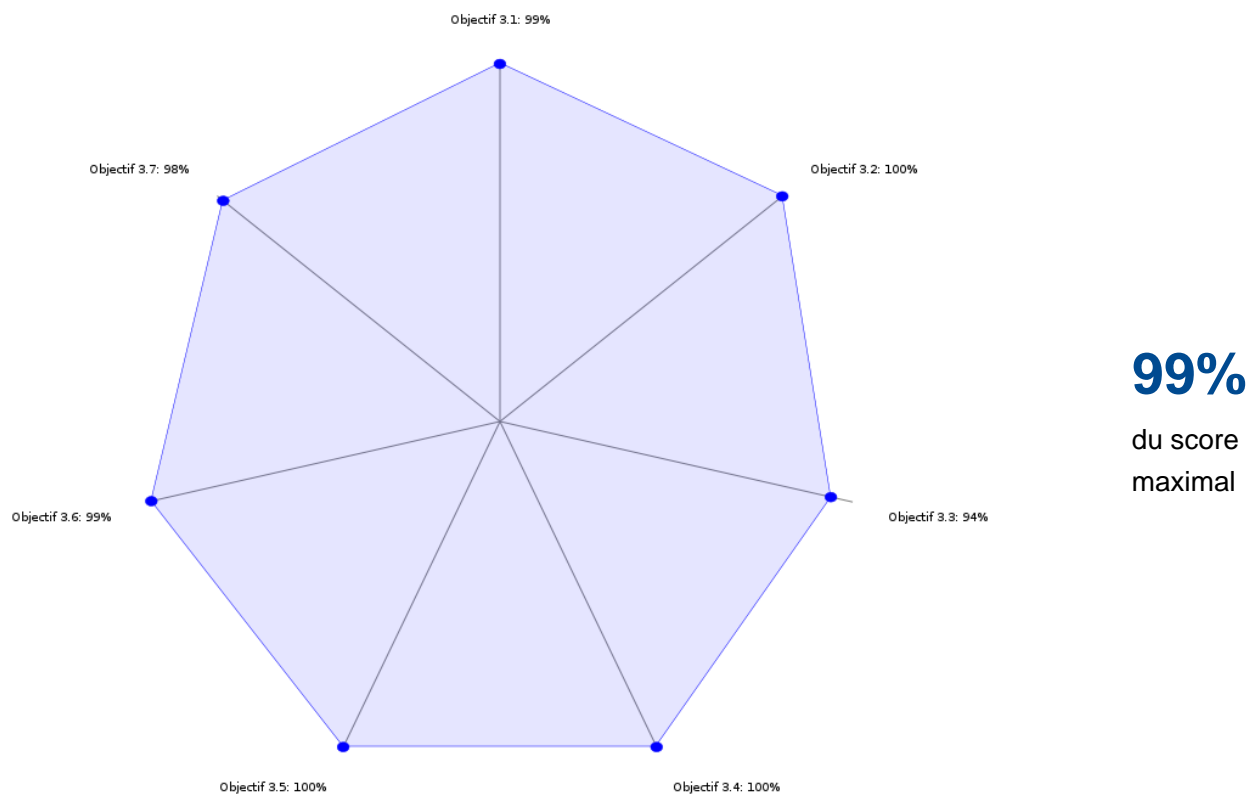
L'établissement dispose d'une équipe de brancardiers avec des services de référence. Ainsi les brancardiers des secteurs long et moyen séjours sont dédiés tout comme ceux de l'activité MCO.

Les professionnels sont formés à la transfusion de produits sanguins labiles. Ils disposent de protocoles de références (OAP, TACO, TRALI) qui sont en cours de révision. Une EPP a été réalisée sur cette thématique en septembre 2022. Des actions d'amélioration issues de cette EPP sont inscrite au Programme actions qualité de l'établissement.

La satisfaction des patients est recueillie via les questionnaires de satisfaction mais également dans le cadre du dispositif e-satis. L'expérience patient est en place. Les Représentants des usagers sont présents au sein de l'établissement et sont force de proposition.

Les événements indésirables et indésirables graves sont déclarés en interne et font l'objet d'une analyse s'appuyant sur des méthodes d'analyses systémiques des causes. Des RMM sont en place. Des actions d'améliorations sont mises en œuvre.

# 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	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
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	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le Centre Hospitalier de Menton est l'établissement de référence de son territoire qu'est la communauté d'agglomération de la Riviera française. Il est au centre du projet territorial de santé de ce périmètre d'intervention, en partenariat avec les établissements de proximité tels que Sospel et Breil sur Roya, les maisons de santé de cette vallée et la CTPS. A ce titre la maison de santé de Menton a été installée à l'entrée



du CH. Les 5 axes identifiés dans le Projet Territorial Sanitaire Roya-Bévéra-Menton sont : Développement d'une offre de soins gradués Filière gériatrique Développement durable, qualité et place de l'utilisateur, Projet social commun, Télémedecine et e-parcours, Le Centre Hospitalier de Menton est situé à proximité des frontières italienne et monégasque. Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes maritimes composé de 14 établissements de santé. L'établissement support étant le CHU de Nice. Les partenariats avec les établissements de proximités des vallées avoisinantes sont identifiés, et fonctionnels. La poursuite de la mise en place et la consolidation des filières de soins sont effectives et identifiées comme axe du futur projet d'établissement en cours d'écriture. Le précédent étant arrivé à son terme en 2020. Du fait de la vacance de poste de direction et de la crise sanitaire le nouveau document n'a pu être réalisé dans les délais requis.

Le Centre Hospitalier la Palmosa a développé un réel partenariat avec la CPTS du territoire et les professionnels libéraux de la ville, et à ce titre la communication est largement facilitée notamment par la mise en place d'une messagerie sécurisée mais aussi d'outils de communications adaptés (téléphonie, site internet rénové, réseaux sociaux, presse locale ...)

L'établissement a mis en place une IGU (IDE spécialisée gériatrie aux urgences) afin de fluidifier le parcours de la personne âgée.

Le recueil de la satisfaction des patients est effectif via e-satis notamment avec communication dans les différents secteurs par affichages mais également par publication dans le journal interne « la Palmosa mag ». Des enquêtes de satisfaction internes viennent compléter ce dispositif. Les représentants des usagers sont partis prenantes de ces actions.

Le centre Hospitalier de Menton a développé une politique de bientraitance autour de la formation des professionnels et plus récemment en créant une cellule « violence intrafamiliales ».

Un service « PASS », disposant d'une assistante sociale dédiée est situé à l'accueil des urgences.

La direction de l'établissement fonde son management autour de la qualité et de la sécurité des soins. La gouvernance Qualité et gestion des risques s'articule autour de la Cellule Qualité Gestion des risques (CQGR), chargée du pilotage et de la coordination de la politique qualité, gestion des risques et de la sécurité des soins. Elle est composée par :

directeur, président de la CME, médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, médecin coordonnateur des vigilances, directrice des soins, des responsables : hémovigilance, parcours patient, service informatique, DIM, Des référents hygiène, douleur sont identifiés dans les différents secteurs d'interventions.

Le CLEAS (Comité de lutte contre les événements indésirables associés au soins) est en charge du traitement des événements indésirables et indésirables graves. Des indicateurs de suivi et des tableaux de bords sont réalisés.

Les ressources humaines sont adaptées aux besoins.

L'accès au dossier par les patients le souhaitant est organisé, les délais de retour des dossiers sont suivis et les représentants des usagers sont informés en CDU. Ces derniers sont présents dans l'établissement et très impliqués. Ils participent aux diverses instances dans lesquelles leur présence est requise. Ils ont participé à des parcours traceurs. Les plaintes et réclames sont traitées et les délais de réponse sont suivis.

L'accès à la formation est facilité afin de répondre aux besoins spécifiques de prises en charge. Le travail en équipe est recherché et favorisé au sein de la Palmosa.

La cohésion des équipes et la Qualité de Vie au Travail sont également au centre des préoccupations de la gouvernance de l'établissement. Ainsi, une chorale animée par un chef de cœur et une chanteuse d'opéra est en place et les professionnels de la structure qui en sont membres se produisent auprès des patients. D'autre part, afin de faire connaître l'établissement en vue de le rendre attractif pour d'éventuels recrutements, la direction mène une politique de communication sur les réseaux sociaux. Ainsi, dans ce contexte, des représentants de chaque secteur d'activité ont créé une vidéo « flash mob » mettant en valeur les conditions d'emplois et de travail à la Palmosa. Une salle de sport appelée « Joséphine BAKER », inaugurée en présence

d'un des enfants de l'artiste, permet au personnel de bénéficier d'équipements sportifs sur réservation. D'autre part, un comité « bien-être » est en place. Une aide -soignante formée, propose des séances de sophrologie et des massages aux personnels le souhaitant.

La maîtrise des situations sanitaires exceptionnelles est organisée, et fait l'objet d'exercice de simulation en lien avec les différents intervenants du territoire que ce soit le SAMU, le SDIS, l'ARS les établissements de soins.

L'urgence vitale au sein de l'établissement est organisée et un numéro dédié est connu des professionnels.

Le développement durable est au cœur des préoccupations du Centre Hospitalier la Palmosa depuis de nombreuses années et ce dernier a été le 1er établissement de santé à recevoir la labélisation or THQSE (Très Haute Qualité Sanitaire Sociale et Environnementale).

Par ailleurs, l'inclusion des patients dans les essais cliniques est possible et facilitée. Ils participent à toutes les instances de l'établissement et se sont investis dans la préparation de la certification en participant à des méthodes d'investigations préparatoires. L'expérience patient est promue et l'expertise patient en cours de déploiement.

L'accréditation des médecins est promue par la gouvernance du Centre Hospitalier de Menton.

# 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	060791761	CENTRE HOSPITALIER LA PALMOSA	2 AVENUE ANTOINE PEGLION 06507 Menton FRANCE
Établissement principal	060002102	CENTRE HOSPITALIER LA PALMOSA	2 avenue antoine peglion Bp 189 06507 MENTON Cedex 06507 FRANCE
Établissement géographique	060790631	UNITE DE LONG SEJOUR DE L'HOPITAL DE MENTON	2 avenue antoine peglion 06507 Menton Cedex 06507 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	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 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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	3,287
Nombre de passages aux urgences générales	19,916
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	53
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	42
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	9
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	15
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	2
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	82
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
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)	5
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	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Service > Bloc > Service
2	Audit système	Coordination territoriale		
3	Audit système	Engagement patient		
4	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Injectable / Antibio / Médicament à risque
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
	Parcours		Tout l'établissement	

10	traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Urgences</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p>
11	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>
12	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p>

			Programmé	
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
	Patient		Tout l'établissement	

20	traceur		Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Médecine Hospitalisation complète	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
23	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire + antibioprofilaxie
25	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
26	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences + SMUR
27	Audit système	Dynamique d'amélioration		
28	Audit système	Entretien Professionnel		
29	Audit système	Leadership		
30	Audit système	QVT & Travail en équipe		

31	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
33	Audit système	Maitrise des risques		
34	Audit système	Représentants des usagers		
35	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Injectable / Antibio / Médicament à risque
36	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Injectable / Antibio / Médicament à risque

---

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

---

