



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE DE
GERONTOLOGIE SAINT
FRANCOIS**

Service qualite

Rn 560

83860 Nans Les Pins



Validé par la HAS en Avril 2024

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 2024

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	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	20
Annexe 3. Programme de visite	24

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

CENTRE DE GERONTOLOGIE SAINT FRANCOIS	
Adresse	Service qualite Rn 560 83860 Nans Les Pins FRANCE
Département / Région	Var / 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	830000493	POLYCLINIQUE GERIATRIQUE SAINT FRANCOIS	RN 560 83860 Nans Les Pins FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

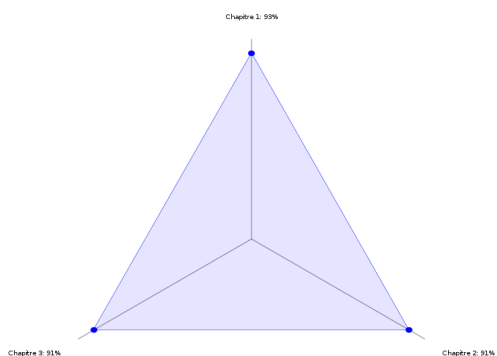
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

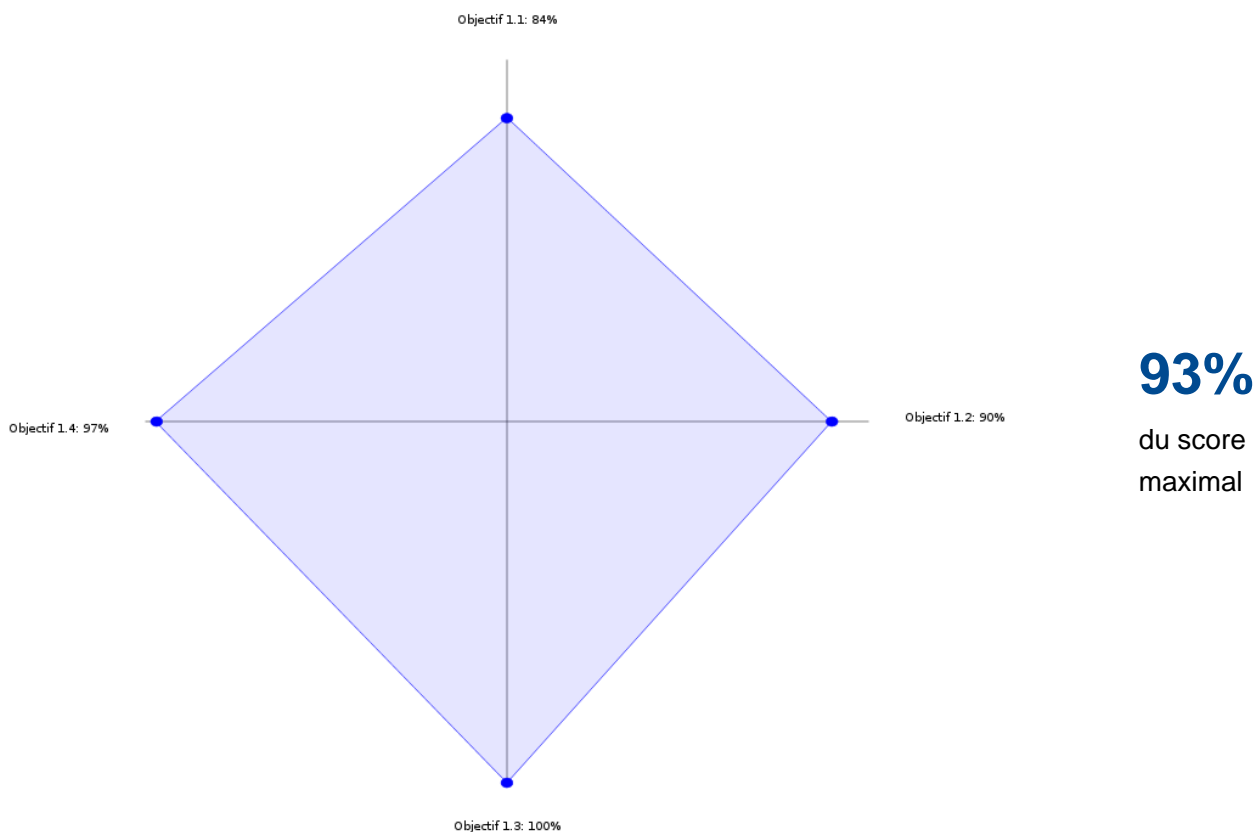
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

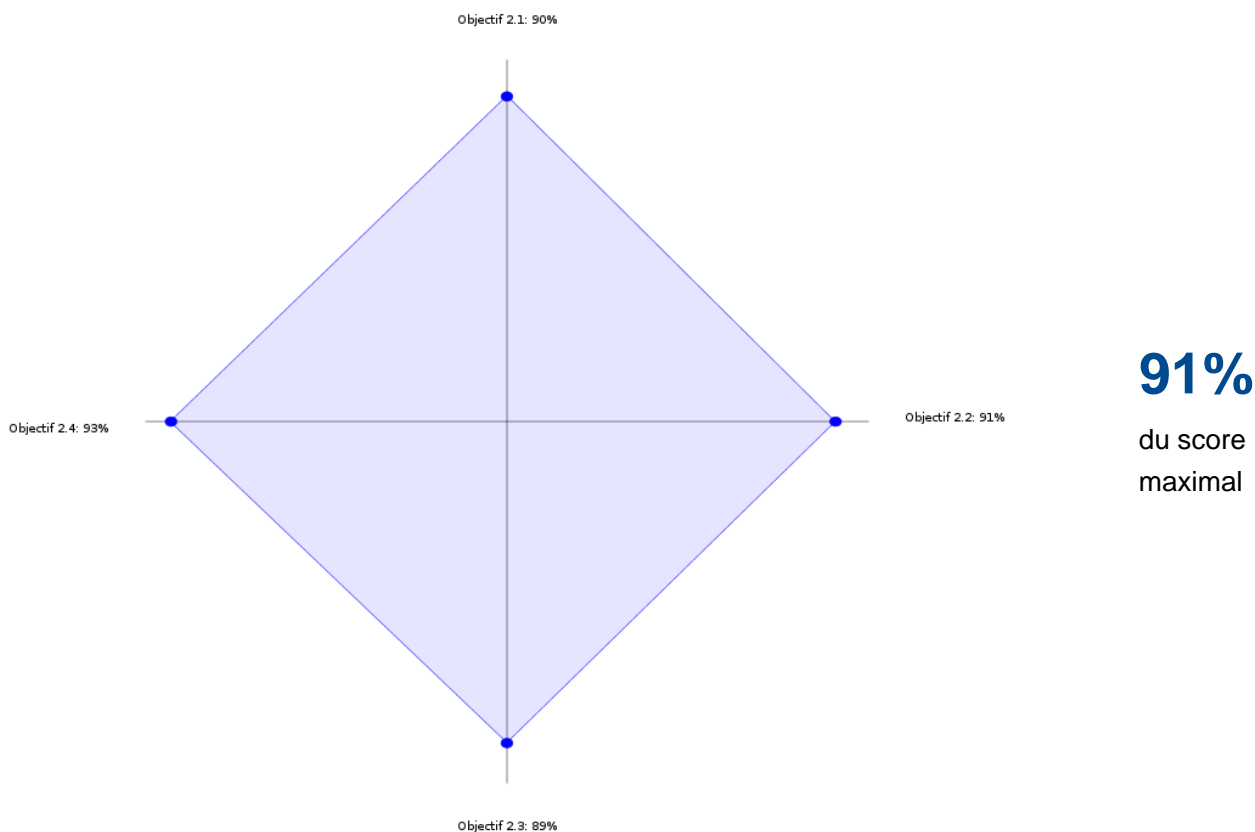


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	84%
1.2	Le patient est respecté.	90%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	97%

Le patient reçoit une information claire et adaptée à son état de santé tout au long de sa prise en charge. Les différentes chartes en lien avec les droits des patients et les prises en charge spécifiques sont affichées dans les différentes parties communes ainsi que dans les circulations de chaque service et unités de soins. A l'arrivée des expert visiteurs, l'affichage concernant les messages de santé publique était accessible aux seuls patients pouvant se rendre à la salle de restaurant, notamment via un écran télévisuel diffusant des informations, mais durant la visite ces informations ont été également affichées dans les unités. L'évaluation bénéfice/risque est réalisée et tracée dans le dossier du patient. Ce dernier exprime son consentement libre et éclairé lorsque son état de santé est compatible, à défaut avec la personne de confiance désignée. En cas d'administration de produits sanguins labiles durant l'hospitalisation, le patient reçoit une information adaptée

sur les produits qui lui sont administrés. Le patient reçoit une information adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées, notamment dans le livret d'accueil. L'équipe est en cours de réflexion pour en faire évoluer l'approche avec le patient. L'accès à la prise en charge palliative est organisée et accessible. L'ES a passé convention avec l'équipe locale de soins palliatifs du Centre Hospitalier de Brignoles. Un médecin de la clinique a bénéficié d'une formation. Les informations sur les coordonnées et les modalités permettant de joindre les représentants des usagers sont données notamment dans le livret d'accueil. Dans le hall d'entrée une boîte à lettre est identifiée avec l'adresse mail de la représentante des usagers offrant ainsi la possibilité d'y déposer un courrier. Il est indiqué que le numéro de téléphone de la RU peut être remis à la direction. Au titre de l'expérience patient, la représentante des usagers, en partenariat avec le service qualité a réalisé des enquêtes auprès des patients sur la base du questionnaire e-satis. L'exploitation des résultats a donné lieu à des mesures correctives. Les locaux et les pratiques des professionnels permettent le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Les locaux, datant de 1978, de conception novatrice pour la période de construction, ont permis grâce à un entretien régulier et des évolutions permanentes de maintenir le niveau de qualité requis pour garantir ces pratiques. L'établissement dispose essentiellement de chambres seules et elles sont toutes équipées de sanitaires individuels (douche, toilette, lavabo). Par ailleurs, il est situé au cœur d'un parc de 15 hectares. Le maintien de l'autonomie des patients en situation de handicap et âgés est recherché. La confidentialité des informations concernant le patient est effective. L'établissement dispose d'une procédure pour le recourt à la contention mécanique en cas de nécessité. Le suivi est prévu, et assuré. Toutefois, lors de la visite, il a été constaté des contentions (barrières de lits) en place sans que la traçabilité en soit retrouvée. L'établissement informé de cette situation, a procédé au rappel des bonnes pratiques auprès des équipes. La prise en charge de la douleur est recherchée, tracée et réévaluée en cas de besoin. L'implication des proches et des aidants est facilitée dans la mise en œuvre du projet de soins des patients. Leur présence est facilitée. L'accès de la Polyclinique Saint François est facilité pour les personnes en situation de précarité. Le service social de l'ES intervient auprès du patient et ceci dès son arrivée dans la structure afin d'identifier ses éventuels besoins sociaux, et préparer, si nécessaire, les adaptations à la sortie du patient. Une convention est également passée avec la CPAM permettant l'organisation de sortie via le dispositif "PRADO". Il est également engagé dans le Dispositif d'Appui à la Coordination auquel il est rattaché. Le projet de soins est formalisé, tenant compte des besoins et préférences du patient. La famille et / ou les aidants sont impliqués.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

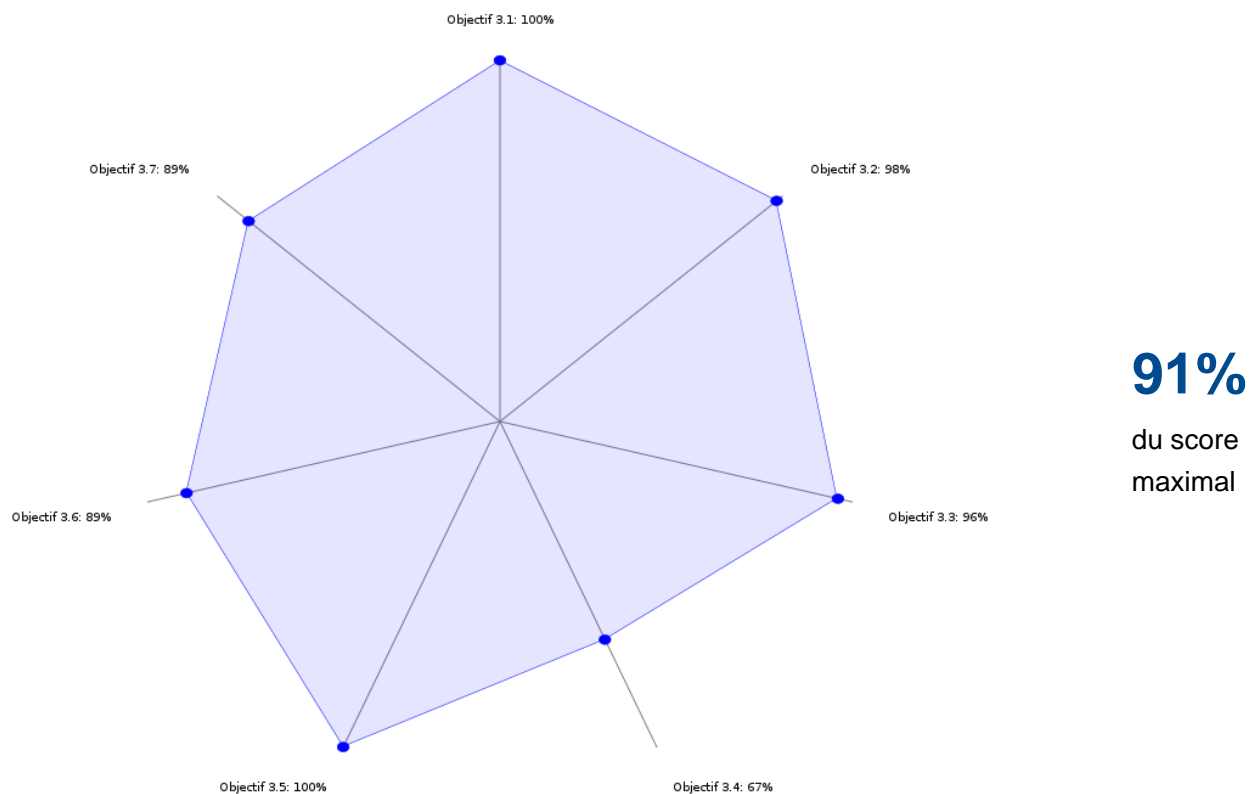


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	90%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	91%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	89%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe. Dans les unités de SMR, un staff hebdomadaire est en place, et contribue à la réévaluation. Dans l'unité de médecine, ayant une DMS de 8 jours, la réévaluation est quotidienne. Dans les situations complexes, le recours à une concertation pluriprofessionnelles est en place. La traçabilité de ces organisations est retrouvée. La prise en charge HAD est proposée au patient lorsque son état le requiert. La prise en charge des antibiotiques répond aux règles de bonnes pratiques. La réévaluation de la prescription est argumentée et tracée dans le dossier patient. L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion, en revanche, un audit sur l'analyse de la pertinence des actes transfusionnels reste à mettre en oeuvre. Le dossier du patient est informatisé et son contenu est accessible à tous les professionnels intervenants auprès du patient. Une partie papier, comprenant les résultats

de biologie, électrocardiogramme est à la disposition des équipes. A ce titre, un suivi d'indicateurs, sur la qualité de ce contenu est en place. Lors de la sortie du patient, toutes les informations le concernant lui sont remises. La conciliation médicamenteuse est réalisée pour les patients hospitalisés en provenance des services d'urgences du territoire. La Polyclinique St François dispose d'un grand nombre de spécialistes sur place permettant ainsi une prise en charge optimisée des patients nécessitant des avis spécialisés. La démarche palliative au sein de l'établissement est effective et coordonnée. L'ES a conventionné avec le Centre Hospitalier de référence sur son territoire afin de bénéficier de l'équipe mobile de soins palliatifs. La lettre de liaison est remise au patient et adressée au médecin traitant via la messagerie sécurisée dont dispose les praticiens de la clinique. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient y sont retrouvées. L'identification du patient est au coeur des préoccupations de la Polyclinique St François. Les patients disposent de bracelets d'identification dès leur arrivée. Le suivi des éventuelles erreurs d'identité est assuré. Les équipes connaissent et maîtrisent les différentes vigilances sanitaires auxquelles ils sont soumis. Le circuit des médicaments est totalement maîtrisé de la prescription à l'administration. Les bonnes pratiques sont respectées. Le pharmacien procède à l'analyse pharmaceutique et il est tenu compte de ses remarques. Les produits sont identifiables jusqu'à l'administration au patient. Cette dernière est tracée en temps réel dans le dossier patient. L'utilisation des médicaments à risques a fait l'objet d'une attention particulière par le pharmacien gérant de la PUI et les équipes médicales et paramédicales. L'utilisation de ces médicaments est maîtrisée. Le bilan thérapeutique du patient est tracé dans son dossier et intégré à la lettre de sortie. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée toutefois, à l'arrivée des experts visiteurs, l'ES ne disposait pas de protocoles liés aux complications transfusionnelles (TACO - TRALI). Durant la visite, ils ont été mis en place après validation. Les équipes maîtrisent les risques infectieux. Les précautions standards et complémentaires sont connues, prescrites si nécessaire, et appliquées. Des audits et des formations sont régulièrement réalisés tels que: hygiène et prévention du risque infectieux, utilisations et évacuation des collecteurs à aiguilles, mesures complémentaires d'hygiène, réalisation de traceur ciblé). Cependant, bien qu'une attention particulière soit apportée au "zéro bijoux" via procédures et audits réguliers, tous les 2 mois et avec résultats en nette amélioration 50% de conformité en avril 2023 et 80% en novembre 2023, des soignants portaient montres et bijoux. Des rappels ont été faits durant la visite. L'équipe opérationnelle d'hygiène est identifiée par les professionnels. Une des infirmières coordonnatrices de l'ES est à sa tête. Elle est formée (DU Hygiène) par la polyclinique depuis sa prise de poste pour assurer cette mission. Les risques liés aux dispositifs invasifs sont maîtrisés. La pertinence du maintien est réévaluée, les éléments de traçabilité retrouvés. La maîtrise des risques iatrogènes est maîtrisée par les équipes toutefois le patient s'il en est informé, ne semble pas toujours s'approprier l'information. Les obligations vaccinales sont respectées. Les risques liés à la maîtrise des rayonnements ionisants sont intégrés, cependant pendant la visite, le manipulateur radiologie présent sur place, en l'absence du manipulateur habituel, ne disposait pas de dosimètre individuel, son arrivée étant récente. L'ES a fait le nécessaire, commande auprès de l'IRSN pour l'obtention du dosimètre nominatif. Les transports intrahospitaliers répondent aux besoins de la structure. Les équipes ont mis en place des évaluations des pratiques professionnelles dans les différents secteurs de l'établissement. La satisfaction patient est recueillie et analysée. Le taux de retour des questionnaires est de 4%. La représentante des usagers, en collaboration, avec l'équipe qualité est allée à la rencontre des patients dans le cadre de l'initialisation de l'expérience patients. Ces résultats ont donné lieu à des actions d'amélioration. Les résultats sont à la disposition des équipes via le site intranet, les newsletters, les journées de St François et les Kfé qualité. Les équipes terrains doivent s'approprier les résultats. Les événements indésirables associés aux soins sont déclarés et analysés en interne. Des comités de retour d'expérience sont réalisés. Les analyses s'appuient sur une méthode d'analyse systémique des causes. Les actions d'améliorations identifiées sont mises en oeuvre.

Chapitre 3 : L'établissement



91%
du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	67%
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	89%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

La Polyclinique Saint François a identifié les partenaires territoriaux publics ou privés avec lesquels elle a passé des conventions afin de favoriser les parcours patients. Ce sont, à titre d'exemple les Centres Hospitaliers de Brignoles, d'Aubagne, la CPAM et le service PRADO, ARCA sud. La politique "d'aller-vers" est effective et l'ES est connu et reconnu sur le territoire. Le répertoire opérationnel des ressources est actualisé en

temps réel. Des partenariats sont effectifs pour la prise en charge des soins palliatifs avec convention d'une équipe mobile. Le directeur de l'établissement siège au conseil d'administration de la CTPS locale. Un indicateur, suivi en routine permet de garantir les délais d'envoi de la lettre de liaison lors de la sortie du patient, même lorsqu'il s'agit d'un transfert dans un des services de la Polyclinique. L'établissement a répondu à l'appel à projet de l'ARS PACA concernant l'accueil des personnes âgées en provenance directe des urgences, afin d'en réduire les délais d'attente. L'établissement dispose de moyens de communications permettant d'identifier facilement et rapidement les professionnels et les services de soins. Les médecins disposent d'une messagerie sécurisée. La représentante des usagers a participé à une enquête auprès des usagers, sur la base du questionnaire e-satis. Par ailleurs, les représentants des usagers participent à leur analyse et leur exploitation. Le projet des usagers est réalisé et a été validé dans les différentes instances. Des formations sont proposées aux professionnels sur la communication. Les professionnels ont connaissance des plaintes et réclamations. Ils portent des badges indiquant leur nom et leur profession. La bientraitance est présente au cœur des prises en charge dispensées par la Polyclinique St François. Des formations sont réalisées. Les situations de maltraitements sont identifiées et les actions à mettre en œuvre sont connues, tout comme les circuits d'alerte. La configuration de la Polyclinique permet un accès à l'établissement par toutes les personnes porteuses d'un handicap. L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé. L'accès du patient à son dossier est organisé. Les modalités sont indiquées dans le livret d'accueil patient. Les délais d'envoi sont suivis par un indicateur, communiqué à la commission des usagers. La représentante des usagers est impliquée dans la vie de la Polyclinique St François. Elle est sollicitée à chaque fois que sa présence est requise, en dehors des instances régulières auxquelles elle participe. La direction de la Polyclinique St François fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins, s'appuyant sur l'analyse globalisée de ses risques et à l'aune du prisme réglementaire. Les différentes instances de l'ES dont la CME sont associées à l'élaboration et la mise en œuvre de cette politique. Les professionnels sont informés via leur encadrement mais également via le portail intranet de la Polyclinique, les jeudis de St François, et autres Kfé qualité et Newsletter. L'appropriation par les équipes terrains reste toutefois assez inégale. Une enquête réalisée auprès des équipes de soins a permis de mesurer la culture sécurité des soins au sein de la Polyclinique. L'établissement participe aux actions nationales qualité et sécurité des soins. Le directeur a mis en place depuis son arrivée les "Jeudis de St François" qui sont des temps d'échanges avec les professionnels afin de les tenir informés sur les différentes évolutions de l'ES, notamment. Tout au long de la présence des experts au sein de la structure, la direction et les équipes ont fait preuve d'une grande réactivité concernant les dysfonctionnements identifiés le temps de la visite, en apportant des réponses adaptées. Le travail en équipe est favorisé au sein de la Polyclinique St François. Les temps de travail des professionnels sont synchronisés permettant des échanges quotidiens entre intervenants médicaux et/ou paramédicaux. Le plan de formation développé au sein de l'établissement démontre une volonté de mettre en adéquation les besoins et les compétences. A ce titre, un agent de l'établissement a été formé aux risques musculo-squelettiques afin de développer leur prévention dans la polyclinique. Ce poste de chargé de mission a au fil du temps évolué pour arriver à mettre en œuvre des formations défibrillateur, gestes d'urgences hors AFGSU, en routine au sein de l'établissement. C'est ainsi que le projet "Marcel(e)" a pu voir le jour, dans le cadre du programme "100 contacts/Sans contact", s'appuyant en partie sur l'expérience patient. Afin d'améliorer la prise en charge, la sécurité des patients et dans un objectif de formation du personnel, le groupe a confectionné, au titre de la réflexion sur le développement durable, un mannequin avec des matières à recycler. Ce mannequin, Marcel(e), intervient sur toutes les thématiques de formation menées en interne auprès des équipes. Il est présenté au personnel lors des journées d'intégration. Une infirmière coordonnatrice, récemment recrutée est actuellement en cours de formation hygiène. Le questionnement éthique est en cours de réflexion, la mise en œuvre reste à réaliser. La démarche Qualité de Vie au Travail est basée sur une enquête réalisée auprès des professionnels. Des moments d'échanges direction / professionnels sont prévus et réalisés dans le cadre des "Jeudis de St François", qui sont des temps forts de la vie de l'établissement. Leur tenue donne lieu à des compte rendu diffusés sur le site intranet de St François et ainsi consultables par tous. La gestion des risques professionnels est également au centre de la

démarche QVT de la Polyclinique. Il existe un "groupe opérationnel violence" mis en place dans le cadre de la lutte contre la violence, issu du plan d'action de l'établissement. Dans ce contexte, un numéro vert permet d'avoir recours à un psychologue du travail à tout moment. Ce dispositif est en place, l'information est diffusée, toutefois, certains professionnels rencontrés ne semblaient pas encore s'être appropriés ce dispositif. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles élaboré, validé par les différentes instances a permis l'identification ainsi que l'organisation définie pour y faire face. La cellule de crise est opérationnelle. Le plan blanc est connu des différents professionnels. Les risques numériques sont maîtrisés. Les codes d'accès sont régulièrement changés. Il existe un plan de reprise d'activité. Un exercice de cyber-attaque a été réalisé. L'établissement est équipé d'un dispositif permettant la sécurisation des biens et des personnes: horaires fermetures des portes, portail sécurisé pour entrer sur le site. L'établissement s'est saisi des enjeux du développement durable. Un référent est nommé. La politique du développement durable est intégrée et pilotée. Les différentes consommations énergétiques sont suivies sur la base d'indicateurs. Le plan de maîtrise des risques environnementaux est en place. A l'arrivée des experts visiteurs dans l'établissement, le numéro d'appel unique pour les urgences vitales n'était pas opérationnel H24. La gouvernance s'est saisie de cette problématique dès qu'elle en a eu connaissance et a été en mesure de proposer une organisation pérenne, avant le départ des EV, permettant de sécuriser ce dysfonctionnement. Les formations AFGSU des personnels restent à développer toutefois le plan de formation 2024 indique une évolution programmée du nombre d'agents prévus et identifiés pour être formés dès janvier et ainsi répondre aux besoins réglementaires de cette thématique. En interne, des formations à l'utilisation des défibrillateurs, notamment via le projet "MARCEL(E)" sont régulièrement organisées. Leur traçabilité est assurée. Les recommandations des bonnes pratiques, à l'échelle de l'établissement, sont assurées. Des indicateurs sont suivis à cet effet. Le point de vue du patient est pris en compte dans le programme d'amélioration de la qualité. L'établissement analyse, exploite et communique ses indicateurs qualité et sécurité des soins au sein des différentes instances. Les résultats sont également disponibles sur le site intranet de St François. L'exploitation des événements indésirables est assurée. Ils sont diffusés auprès des équipes et dans les différentes instances. Les actions identifiées sont introduites dans le programme d'action Qualité et Sécurité des Soins de la structure. Les événements indésirables graves sont systématiquement analysés, toutefois la déclaration sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables n'était pas exhaustive à l'arrivée des EV, cependant, la direction a fait le nécessaire durant la visite pour remédier à cette problématique. 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 réaliser les formations AFGSU à l'ensemble des professionnels concernés, sensibiliser et évaluer les professionnels sur le respect des bonnes pratiques de contention, renforcer l'information auprès du patient et notamment sur l'appropriation de ces informations par les patients, décliner auprès des professionnels la démarche éthique engagée

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	830000493	POLYCLINIQUE GERIATRIQUE SAINT FRANCOIS	RN 560 83860 Nans Les Pins FRANCE
Établissement principal	830100855	CENTRE DE GERONTOLOGIE SAINT FRANCOIS	Service qualite Rn 560 83860 Nans Les Pins FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
Si oui, l'accueil et l'orientation sont réalisés par IAO (infirmière d'accueil et d'orientation) ou par MAO (médecin d'accueil et d'orientation)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Non
Hospitalisation à domicile	
Présence d'une astreinte opérationnelle soignante H24 et 7/7 (IDE se déplaçant au domicile)	Non
Autorisation de Médecine en HAD	Non
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	36
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	36
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	177
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)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Traceur ciblé			/
5	Audit système			
6	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Médecine	

10	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
11	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
12	Traceur ciblé			/
13	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
15	Traceur ciblé			Selon la liste transmise à J1
16	Audit système			
17	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable et/ou PO de la prescription à l'administration
18	Audit système			
19	Audit système			
	Patient		Médecine	

20	traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système			
23	Audit système			
24	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
25	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
26	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière	

			Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
27	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable et/ou PO de la prescription à l'administration
28	Audit système			

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

