



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
DE PROXIMITE SAINT  
LAZARE**

Quartier speegi  
06430 TENDE



Validé par la HAS en Novembre 2022

---

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 – Novembre 2022

# 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	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	22
Annexe 3. Programme de visite	26

# 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 DE PROXIMITE SAINT LAZARE	
Adresse	Quartier speegi 06430 TENDE 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	060780921	CENTRE HOSPITALIER SAINT LAZARE	SITE DE TENDE DU CHU DE NICE 3 AVENUE JEAN MEDECIN 06430 Tende FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

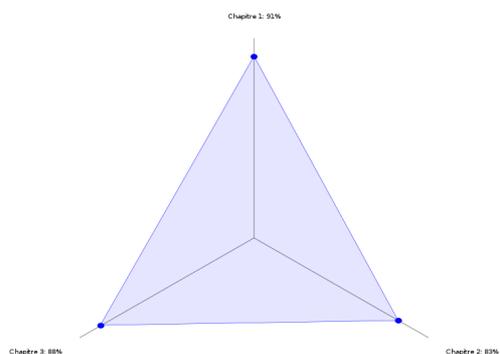
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# 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
Tout l'établissement

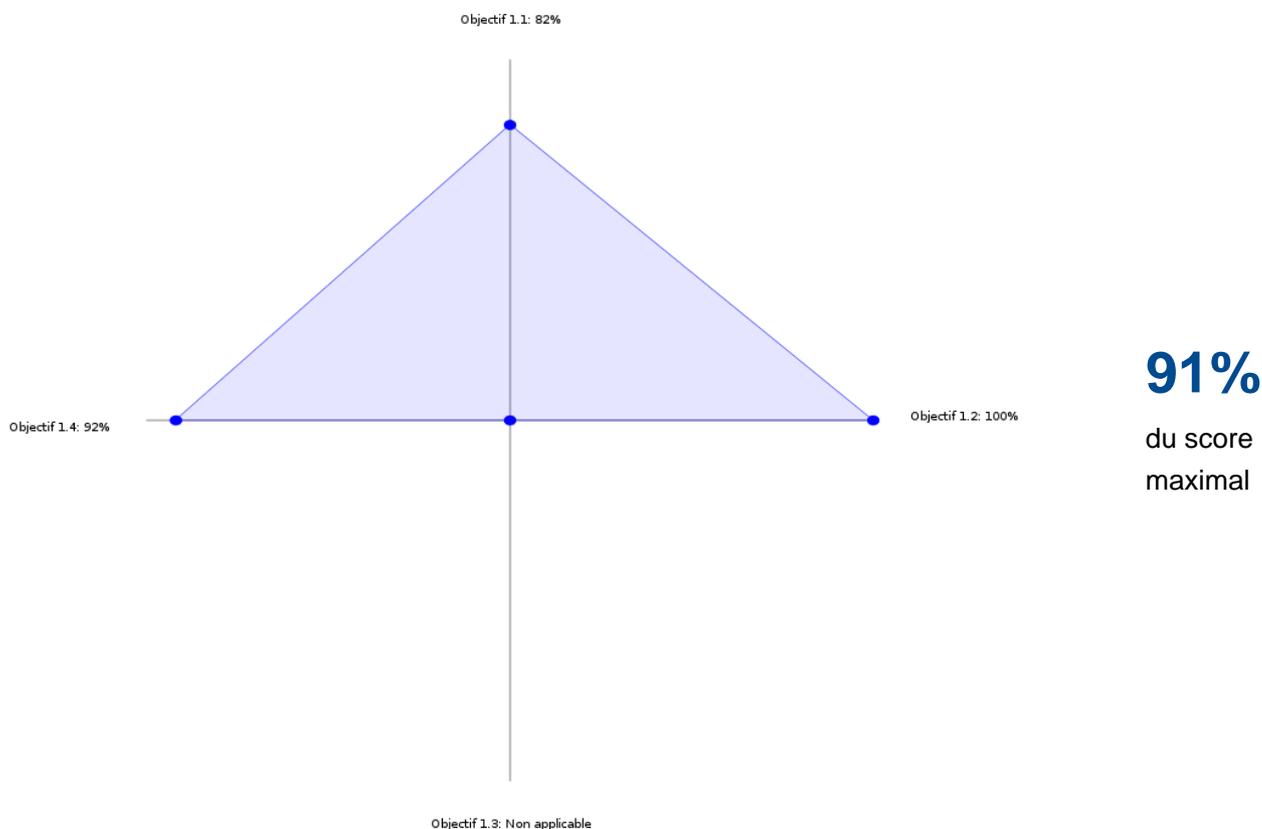
Au regard du profil de l'établissement, [94](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

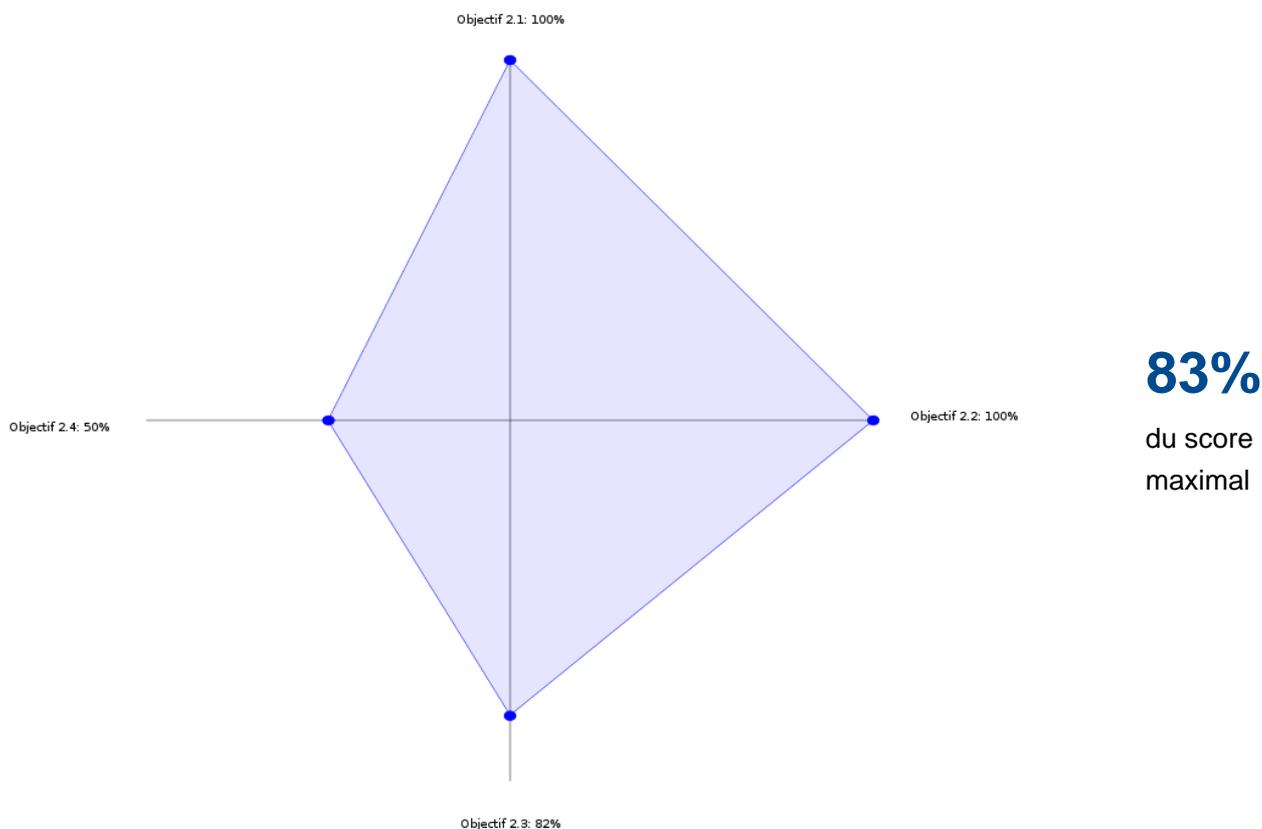


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	82%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	Non Applicable
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	92%

Le patient admis dans le service de médecine du CH Saint Lazare (CHSL) de Tende reçoit une information adaptée sur son état de santé au cours de sa prise en soins ; il est associé aux décisions le concernant. Un livret d'accueil, actualisé en septembre 2022, est remis à l'admission ; le recueil de la personne de confiance, de la personne à prévenir est organisé. Malgré l'information délivrée par l'intermédiaire du livret d'accueil, les patients ne connaissent pas tous les modalités pour faire part de leur expérience (questionnaire de satisfaction ou réclamation) ni leur droit à rédiger des directives anticipées et les professionnels rencontrés ont exprimé leur difficulté à aborder cette question. Ils peuvent cependant solliciter l'aide de la psychologue. L'existence de représentants des usagers n'est pas connue ; elle ne bénéficie que d'un affichage générique, sans mention de leur identité et leur saisine n'est pas directe. Les facteurs de risque sont identifiés et tracés ; selon les

situations, le patient bénéficie d'actions éducatives ou d'information mais la traçabilité des informations données ou de ces actions n'est pas constante. Très peu de supports d'information et de communication en matière de prévention en santé sont disponibles. Les patients rencontrés soulignent l'attention portée par les équipes au respect de leur dignité et de leur intimité. Les chambres ne disposent pas de douche mais les pratiques favorisent le respect de l'intimité lors des transferts vers l'espace commun. Les patients bénéficient d'une évaluation de leur autonomie, tracée dans le dossier, permettant une réponse adaptée à leurs besoins et un accompagnement global, personnalisé et bienveillant. La douleur est prise en compte avec une évaluation et un suivi par des outils appropriés, tracés dans les dossiers, comme la réponse apportée en particulier avec des prescriptions médicamenteuses comportant les précisions nécessaires. Selon les situations, et avec l'accord du patient, ses proches sont associés à l'élaboration du projet de soins et à sa mise en œuvre. Quand cela est nécessaire, l'équipe favorise la présence des proches auprès du patient. Un espace d'accueil pour les familles est mis à disposition. Grâce à un recueil précoce, les conditions de vie du patient sont prises en compte dans l'élaboration du projet de sortie qui est coordonnée ; dans les situations complexes, le recours et le lien avec le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est facilité par le partage de compétences (temps partagé de la secrétaire).

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



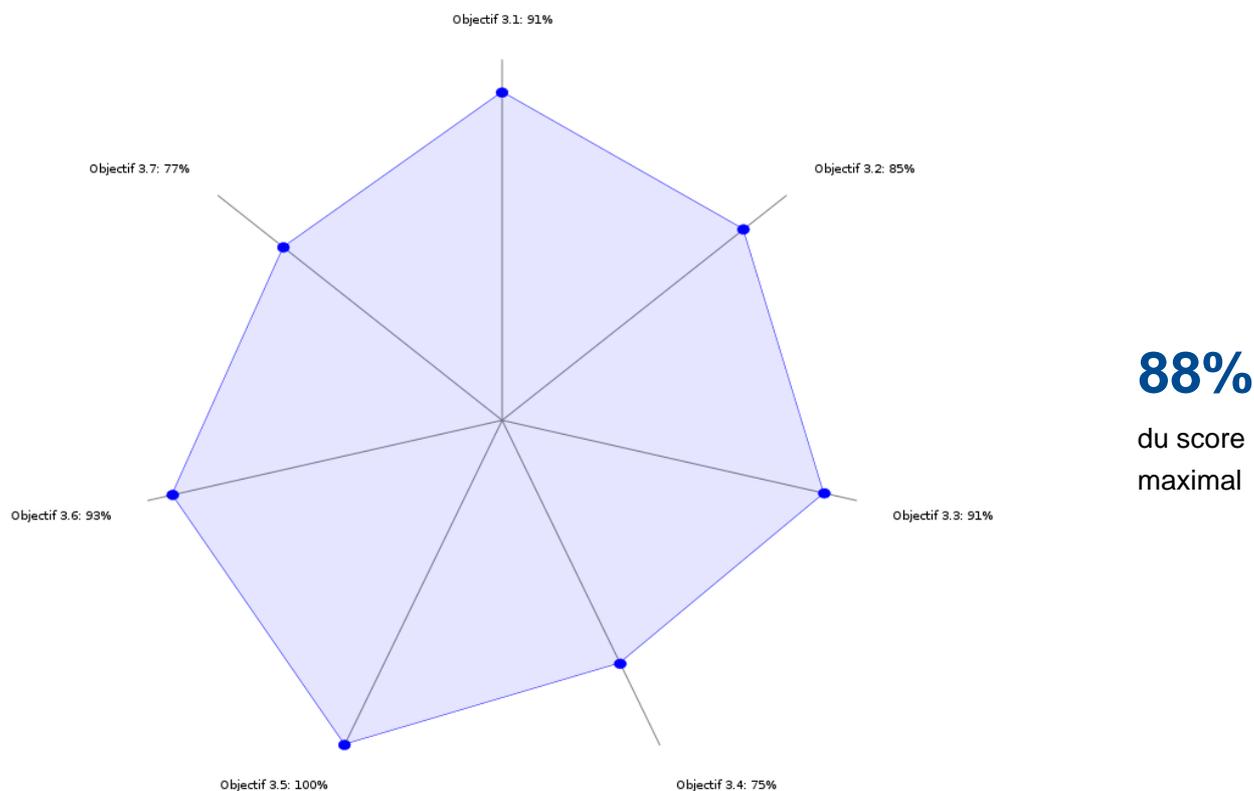
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	82%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	50%

Le parcours du patient est optimisé du fait de la collaboration de l'équipe hospitalière pluridisciplinaire et du lien de proximité entre les médecins qui ont une activité partagée entre la ville et l'hôpital, au recours au réseau professionnel de santé libéral et de leur partenariat avec le DAC, la CPTS.. L'accueil du patient fait l'objet d'une concertation entre le médecin référent et le médecin traitant ou avec le médecin hospitalier d'une autre structure (notamment CH Menton) ; les informations relatives à la prise en charge sont donc souvent connues avant l'arrivée du patient ; ce lien étroit favorise la continuité des prises en soins et contribue à éviter les ruptures de parcours. Les prises en soins font l'objet d'une concertation en équipe à partir d'une évaluation globale. L'HAD de Nice et sa région ne bénéficie pas des autorisations lui permettant d'étendre son activité jusqu' à TENDE. La justification et la réévaluation des prescriptions d'antibiothérapie sont retrouvées ; les

praticiens ont accès aux recommandations et au recours aisé à une expertise, avec un infectiologue du CHU Nice. Une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée permet un suivi partagé avec les infectiologues qui font un retour régulier de leur analyse aux prescripteurs. La formation des médecins était régulière jusqu'à la crise COVID ; une nouvelle intervention est prévue début octobre 2022. Le service de médecine du CHSL est intégré dans l'unité de SSR du CHU de Nice ; les équipes de soins sont mutualisées. Les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire grâce à une équipe médico-soignante complétée de temps de rééducateurs (kinésithérapeutes, diététicienne, assistante sociale) et de psychologue. Le suivi médical est assuré par les médecins libéraux de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de la Roya ; chaque semaine, un médecin référent est identifié pour assurer les prises en soins. A la suite de son intégration dans les locaux du CHU, l'établissement a adopté le dossier patient informatisé (DPI) de ce dernier ce qui a modifié profondément les pratiques des soignants qui conservent cependant un accès à l'ancien DPI. Cette décision a été prise au regard du risque à faire utiliser deux systèmes différents par une même équipe. L'ensemble des intervenants tracent dans le dossier assurant ainsi sa complétude et la disponibilité des informations nécessaires à une prise en soins coordonnée. La prise en charge du patient bénéficie d'un travail de coordination en particulier grâce à des échanges quotidiens entre le médecin et l'équipe, des temps de transmissions quotidiens auxquels participent d'autres intervenants (kinésithérapeute, diététicienne) Le projet de soins est élaboré à partir une évaluation globale et prend en compte les attentes du patient. Il est notamment réévalué lors du staff hebdomadaire mais sa synthèse ne fait pas l'objet d'une traçabilité en un lieu défini et unique dans le DPI ce qui faciliterait sa prise de connaissance. Le recours à des expertises est opérationnel : des recours sont possibles auprès de spécialistes des CH de Menton ou du CHU de Nice, mais aussi de professionnels intervenant à la MSP (psychiatre, ophtalmologue, CMP). Des outils de télémédecine sont déployés par convention avec la MSP, de même qu'une messagerie sécurisée. Lors de prises en charge de patients en fin de vie, la démarche bénéficie de l'expertise d'un médecin de l'équipe formé et les professionnels ont accès, le plus souvent téléphoniquement à une Equipe Mobile de Soins Palliatifs. Ils peuvent bénéficier du soutien de la psychologue en poste et éventuellement du dispositif Colombe du CHU. Au moment de la sortie, une lettre de liaison contenant les informations permettant la continuité des soins est établie. L'alimentation du DMP n'est pas possible techniquement. Les équipes sont engagées dans une démarche de maîtrise des risques liés à leur pratiques Elles connaissent les règles à respecter en matière d'identitovigilance. Les vigilances auxquelles sont soumises la structure sont organisées avec des référents identifiés et connus des professionnels ; les circuits sont définis. Le circuit du médicament bénéficie de l'organisation en place du CHU qui était déjà effective avant l'intégration dans les locaux et qui s'est encore renforcée. Il est informatisé et sécurisé. L'analyse pharmaceutique est effective (à partir des éléments du dossier du patient et des résultats biologiques) et donne lieu à des avis pharmaceutiques. Le pharmacien a accès au dossier pharmaceutique. L'organisation de la PUI permet d'assurer la disponibilité des traitements, en particulier grâce à une dotation pour besoins urgents dans le service dont la composition est élaborée conjointement par le pharmacien et les médecins et révisée annuellement. Une procédure d'appel exceptionnel permet d'assurer la dispensation d'un médicament qui ne serait pas disponible dans cette dotation. Concernant l'utilisation des médicaments à risque, une liste a été définie globalement puis déclinée par service par une matrice de priorisation (maîtrise du risque/fréquence d'utilisation) ; des fiches descriptives sont disponibles précisant les situations à risque selon le médicament et les conduites à tenir. Les médicaments à risque sont identifiés dans le DPI. Cependant, l'identification des médicaments à risque dans l'armoire à pharmacie et le réfrigérateur du service n'est pas effective ; l'établissement a mis en place des actions correctives en cours de visite. Par ailleurs, tous les professionnels n'ont pas pris la mesure des risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments et ne connaissent pas la disponibilité des outils mis à disposition. Par ailleurs, le bilan thérapeutique n'est pas disponible dans le dossier en particulier au moment de la sortie. Le traitement habituel n'est pas toujours renseigné. Les informations sur la prise en charge médicamenteuse sont orales. La maîtrise du risque infectieux bénéficie de l'intervention au plus près du terrain d'un membre de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) du CHU de Nice qui s'assure de la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques en réalisant divers audits sur

l'hygiène des mains et la mise en œuvre des précautions standards et complémentaires (flash observation) et dont les résultats font l'objet de plan d'actions. D'autres actions de sensibilisation sont réalisées par exemple à l'occasion de la semaine « sécurité du patient » ou sous forme d'ateliers ou de formation express (sur 3 h) Les professionnels connaissent le score ISCHA de l'établissement mais qui est un score global de l'ensemble de la structure (CHU +CHSL). Il a été observé que les professionnels se rendaient au self avec leur tenue professionnelle. La mise en place des mesures de précautions complémentaires est effective, par exemple à la suite de l'alerte donnée par le laboratoire ; des unités mobiles de protection sont toujours disponibles. L'EOH est présente une fois par mois mais l'équipe soignante peut faire appel directement à elle si besoin. Les équipes disposent des protocoles de pose et d'entretien des dispositifs invasifs et de formations régulières. La date de pose des dispositifs est retrouvée dans le dossier ; la réévaluation de la pertinence de leur maintien est généralement faite oralement mais pas toujours tracée dans le dossier. La recherche des facteurs de risque de dépendance iatrogène est effective mais la traçabilité des mesures de prévention n'est pas systématique et l'information du patient ou de son entourage reste à formaliser ; certains patients rencontrés n'ont pas intégré cette notion. Les équipes sont sensibilisées à l'importance des vaccinations et la structure a mis en place une organisation facilitant l'accès à la vaccination. Un centre de vaccination COVID a été installé dans les locaux de la MSP avec mise à disposition de ressources humaines par le CHSL. Après les bouleversements induits par la tempête d'octobre 2020, la dynamique d'analyse des pratiques reprend en lien avec l'organisation en place sur la structure qui accueille le CHSL mais au moment de la visite, l'équipe n'a pas présenté de démarche d'analyse de ses résultats cliniques. Le dispositif de recueil de la satisfaction a évolué au fur et à mesure de l'adaptation des organisations (service de médecine initialement commun avec l'EHPAD) et un nouveau questionnaire a été mis en place peu de temps avant la visite ; cependant le représentant des usagers n'a pas été associé à sa conception. Les résultats des questionnaires de satisfaction, comme les plaintes et réclamations, sont partagés avec les équipes mais il n'y a pas de démarche de recueil organisé de l'expérience patient. La structure n'est pas soumise au recueil obligatoire des IQSS et l'organisation actuelle ne permettrait pas de recueillir de façon séparée les indicateurs. Cependant, différents audits sont menés au sein du service et donnent lieu à des actions d'amélioration. Les professionnels, de jour comme de nuit, connaissent le dispositif de signalement des événements indésirables même si certains professionnels de nuits confient à leurs collègues de jour la rédaction de leur FEI. Ils reçoivent une information relative à leur signalement mais ne voient pas toujours l'impact de leur signalement dans le projet institutionnel d'amélioration de la qualité et ont exprimé une certaine perte de confiance notamment sur des signalements en lien avec les problématiques de transports qui perdurent. Les FEI font cependant l'objet d'une exploitation et donnent lieu à de actions d'amélioration partagées avec les équipes. Les prélèvements de laboratoire y compris de bactériologie sont adressés au CHU de Nice avec des délais de retours jugés satisfaisants mais qui ne sont pas suivis de façon objectivable, tout comme il n'y pas de suivi des non-conformités des prélèvements depuis l'intégration dans les nouveaux locaux et le recours au laboratoire du CHU.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	91%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	85%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	75%
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	93%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	77%

Le Centre Hospitalier Saint Lazare de Tende est une structure d'hébergement et de soins de 128 lits et places répartis en 5 lits de médecine, 73 lits d'EHPAD (50 installés actuellement), 40 places de SSIAD et 10 places d'ESA. L'établissement est intégré au GHT des Alpes Maritimes dont l'établissement support est le CHU de Nice avec lequel il est en direction commune depuis avril 2019. Il participe au groupe « hôpitaux de proximité »

constitué au sein du GHT. Il a été labellisé Hôpital de Proximité début 2022, traduisant la reconnaissance de son rôle dans l'offre de soins de proximité du haut de la vallée de la Roya. Son activité sanitaire comporte 5 lits de médecine. Depuis la tempête d'octobre 2020 ayant conduit à l'évacuation des patients et résidents, la structure est hébergée dans les locaux du CHU de NICE tout en conservant son entité juridique. L'ensemble des professionnels ont dû s'adapter à ces nouvelles organisations dans des circonstances de crise. Les effectifs soignants ont été mutualisés dès le premier jour, comme d'autres activités ; certaines fonctions sont restées indépendantes. La réintégration de la structure dans ses locaux historiques étant impossible, l'établissement s'est engagé dans une réflexion partagée avec le CHU pour construire un projet médical CHU-CHSL autour de 4 thématiques : capacitaire/offre de soins – plateaux techniques – coopérations – attractivité et compétences RH. Projet qui s'inscrit dans un projet architectural mais aussi dans le projet Vieillesse du pôle Réhabilitation Autonomie Vieillesse du CHU. Il développe un partenariat privilégié avec la ville : une antenne de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) de la Roya dont l'équipe médicale est celle qui assure la prise en soins des patients et résidents accueillis dans la structure est installée dans les locaux. Malgré les difficultés, il mène une politique d'aller vers en assurant des prestations de portage de repas à domicile, activité reprise assez rapidement après la tempête ; le fonctionnement du SSIAD reste impacté par des difficultés de recrutement qui ont également empêché la reprise d'activité de l'Equipe Spécialisée Alzheimer. Le projet hôpital de proximité de santé prévoit le développement d'un plateau de consultations avancées, en lien également avec la MSP. L'établissement contribue à la coordination des parcours. Les liens avec la MSP de la ROYA, la CPTS de la Riviera Française et le DAC (dont le périmètre est celui de la Communauté d'Agglomération de la Riviera Française) concourent à la prévention des ruptures de parcours de santé. Le projet de territoire de la Riviera Française vient encore consolider ces liens. Il n'y a pas d'organisation en place pour suivre les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et ainsi dépister l'apparition éventuelle d'un écart. L'établissement est organisé pour éviter le recours aux services d'urgence, en particulier de la population âgée, grâce à ses admissions directes en médecine mais aussi par des conventions avec différents hôpitaux qui permettent un accès aux spécialités. L'établissement a mis en place une politique de communication en direction des usagers et des professionnels avec en particulier un livret d'accueil récemment actualisé ; l'accueil téléphonique est assuré H24 par le site du CHU. Une messagerie sécurisée facilite le lien entre les médecins mais le Dossier Patient Informatisé ne permet pas l'alimentation du DMP. Le recueil de la satisfaction des patients est déployé avec l'exploitation partagée d'un questionnaire de sortie récemment modifié pour être spécifique au service de médecine. Ce questionnaire n'a pas été partagé avec le représentant des usagers. Il n'y a pas de déploiement de questionnaires spécifiques sur l'expérience patient. L'établissement favorise les bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients par un suivi des plaintes et réclamations avec un retour aux professionnels, un accompagnement en cas de situation conflictuelle mais le plan de formation n'a pas proposé récemment de formation spécifique. La culture bientraitance est solidement ancrée, dans les valeurs et les pratiques, comme cela a pu être constaté tout au long des parcours et entretiens avec les professionnels. Une autoévaluation sur la thématique avait été menée par un « groupe de travail bientraitance » créé par l'établissement antérieurement, groupe réactivé début 2022 qui a renouvelé cette autoévaluation pour permettre aux professionnels de s'interroger sur leur pratique ; l'analyse est en cours. La structure est organisée pour faciliter l'accès aux soins aux personnes vulnérables avec en particulier une assistante sociale mais aussi grâce au lien étroit avec le DAC. En l'absence de CDU opérationnelle, le représentant des usagers a été récemment invité à participer au BISAQ (Bureau Interdisciplinaire de Suivi de l'Activité et de la Qualité), instance partagée entre le CHU et le CHSL. Il n'a pas été associé à l'élaboration du nouveau livret d'accueil, ni du questionnaire de sortie spécifique pour le service de médecine ; leur mise en œuvre est trop récente pour une analyse. Depuis l'intégration de l'établissement dans les locaux du CHU, la structuration de la politique QGR s'est progressivement rapprochée de celle du CHU ; le Copil qualité-gestion des risques est intégré dans la réunion du BISAQ. Un CSS se partage entre le CHU Nice et le CHSL et assure une mission de référent qualité. Il s'agit pour le CHSL se s'intégrer dans les dispositifs existants (comités opérationnels type CLARIS – CLAN – CluD, gestion documentaire, gestion des

vigilances etc..) Une nouvelle politique qualité a été élaborée récemment autour de 5 objectifs : Restructurer la gouvernance de la politique qualité gestion des risques - Maintenir une dynamique managériale favorable à la promotion de la qualité-gestion des risques et conditions d'accueil - Poursuivre la dynamique d'évaluation, analyse, amélioration des pratiques professionnelles - Améliorer la pertinence des prises en charge - Répondre aux exigences de la nouvelle certification Dans ce contexte, les actions concrètes du programme qualité ne sont pas connues de tous les professionnels et il n'y a eu d'évaluation de la culture sécurité des soins.

L'établissement a mis en place, en lien étroit avec le CHU, une organisation pour ajuster les ressources humaines aux besoins des prises en soins. La solidarité très forte au sein de l'équipe a permis, grâce au recours aux heures supplémentaires (avec politique de délégation de gestion confiée à l'encadrement) en particulier, de faire face aux difficultés de recrutement. Les 5 lits de médecine étant intégrés au SSR, une évaluation de la charge en soins par l'encadrement permet de réguler l'accueil des patients en fonction de la disponibilité en lit et surtout des effectifs en place pour une prise en soins sécuritaire et de qualité.

Parallèlement, un travail sur attractivité et la fidélisation du personnel est engagé avec par exemple une politique volontariste d'accueil des stagiaires étudiants infirmiers français et italiens, un travail partenarial avec les Instituts de formation L'accès aux DU est facilité notamment en éthique / soins palliatifs/ douleur ...

L'encadrement est formé au management et bénéficie de temps de rencontre 3 fois par semaine et de la venue sur site de la coordinatrice générale des soins 1 fois par mois. Différentes actions sont engagées pour favoriser le travail en équipe : participation des différents intervenants aux temps de transmission et au staff hebdomadaire pour faciliter la coordination des prises en soins, réunions de service. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est parfois compliquée compte tenu de l'activité libérale de certains professionnels et de la coexistence de 2 organisations médicales au sein du même service mais les équipes ont cherché ensemble des solutions pour favoriser le travail en équipe. Le plan de formation est établi à partir des entretiens professionnels et de formation qui définit des axes obligatoires Les compétences sont régulièrement évaluées et font l'objet de formation : formation des équipes par l'encadrement médical à partir de situation concrètes ou par équipe EOH par exemple. La démarche QVT s'appuie sur un questionnaire proposé aux professionnels qui a permis de dégager 4 axes de réflexion (Equipement / Organisation du travail / planning en 12h / effectifs) avec réactivation du groupe de travail. Parallèlement, une réflexion est en cours sur le respect entre professionnels et l'arrêt des critiques non -justifiées. L'accompagnement des équipes se fait par management de proximité ; un cadre de santé est toujours joignable pour les situations compliquées se présentant au professionnel. Un RETEX sur la gestion de crise liée à la tempête ALEX a été réalisé et a fait l'objet d'un plan d'action ; Le CH de Tende et sa gestion de crise fait actuellement l'objet d'un travail de recherche par une étudiante de l'école des mines de l'université de Montpellier Une mise à jour du plan blanc du CHU a été réalisée fin 2021 et intègre en partie les spécificités du site de TENDE. Une déclinaison locale de ce plan blanc est en cours de rédaction. Le CHLS dispose cependant de sa propre cellule de crise. Les professionnels sont sensibilisés aux risques numériques. Le plan de sécurisation est celui en place pour le CHU et est connu des professionnels ; les accès sont sécurisés. Une cartographie des risques pour le CHLS dans ces nouveaux locaux a été mise à jour en juin 2022. Il existait une politique développement durable antérieure au regroupement ; un référent est désigné. Il s'agit désormais pour l'établissement de s'intégrer dans la politique et au pilotage du développement durable du CHU et de s'approprier leurs outils. Des actions ont d'ores et déjà été mises en place (tri des déchets par exemple) La prise en charge des urgences vitales est organisée. Malgré les restructurations en cours, une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est engagée par l'établissement. L'établissement assure une veille documentaire et les équipes disposent des recommandations de bonne pratique nécessaires aux prises en soins grâce à l'outil de gestion documentaire du CHU et les professionnels sont tenus informés par leur encadrement de l'évolution d'un protocole mais il n'y a pas de revues de pertinence. Le programme d'actions n'est pas partagé avec les représentants des usagers et n'intègre pas leur contribution. L'établissement n'est pas soumis au recueil obligatoire des IQSS Le recueil des EI est organisé mais la culture de signalement des événements indésirables associés aux soins n'est pas encore intégrée par les équipes qui ne mesurent pas toujours l'impact de leurs déclarations dans le dispositif

d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	060780921	CENTRE HOSPITALIER SAINT LAZARE	SITE DE TENDE DU CHU DE NICE 3 AVENUE JEAN MEDECIN 06430 Tende FRANCE
Établissement principal	060000494	CENTRE HOSPITALIER SAINT LAZARE	Quartier speegi 06430 TENDE FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
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	5
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	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	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
2	Audit système	Dynamique d'amélioration		
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Injectable / Médicaments à risque
5	Audit système	Représentants des usagers		
6	Audit système	Maitrise des risques		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine	

			Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibio / Injectable / Médicaments à risque
11	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Audit système	Engagement patient		
15	Audit système	Leadership		
16	Audit système	QVT & Travail en équipe		
17	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI ou EIG
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires si applicables
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA
20	Audit système	Coordination territoriale		

---

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

---

