



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HÔPITAL PRIVE
ARNAULT TZANCK
MOUGINS SOPHIA
ANTIPOLIS**

122 avenue du docteur maurice donat
Bp 1250
06254 MOUGINS



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	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 2024	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 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

HÔPITAL PRIVE ARNAULT TZANCK MOUGINS SOPHIA ANTIPOLIS	
Adresse	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS Cedex FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	060780608	HOPITAL PRIVE ARNAULT TZANCK MOUGINS SOPHIA ANTIPOLIS	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

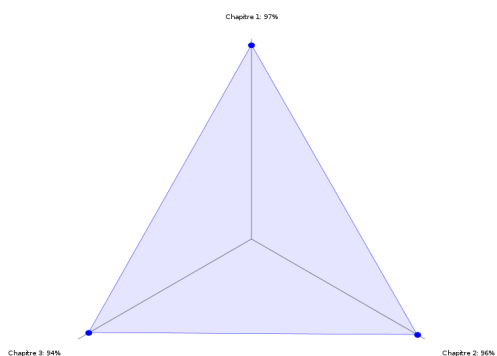
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
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 critiques
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

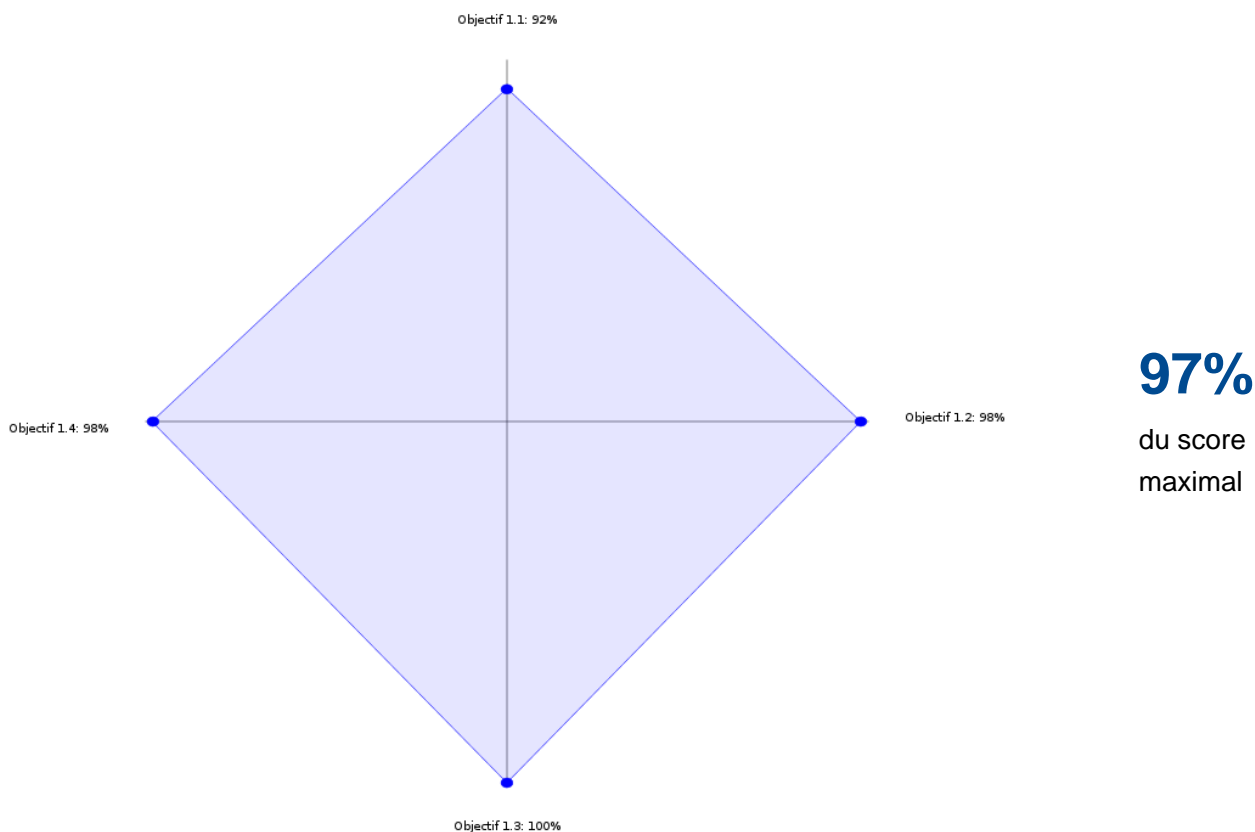
Au regard du profil de l'établissement, **110** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

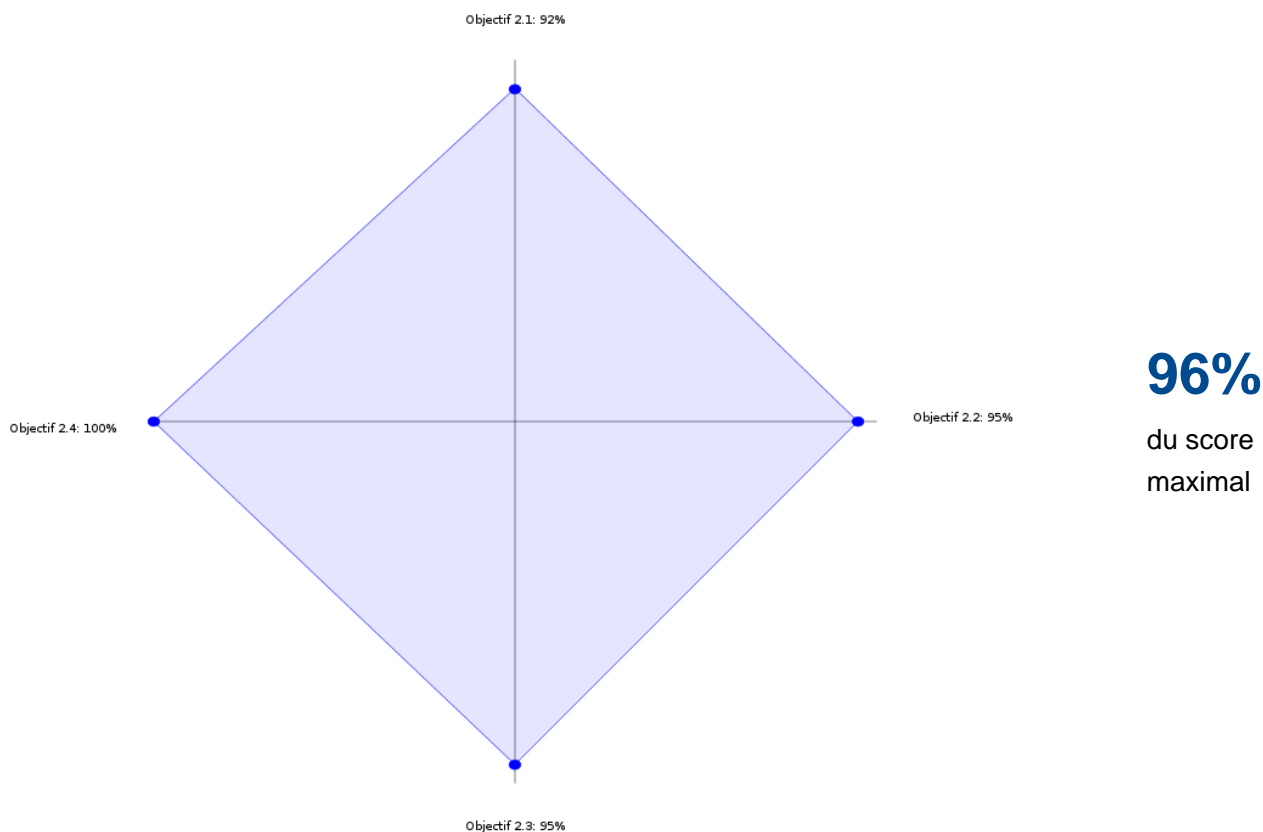


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	98%

L'hôpital privé Arnault TZANCK accueille des patients en médecine, chirurgie, cardiologie et cancérologie ainsi que des patients en soins médicaux de réadaptation à orientation cardiologique et oncologique. Les patients reçoivent une information claire et adaptée à leur degré de discernement. Les affichages sont très complets et présents de manière systématique dans l'ensemble des unités. On retrouve des informations concernant les représentants des usagers, les droits des patients (charte Romain Jacob pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap et charte de la personne hospitalisée), charte de l'enfant hospitalisé. Les professionnels formés sont attentifs à répondre aux besoins des patients de façon adaptée à leur état de santé. Les patients sont acteurs de leur prise en charge et expriment leur consentement libre et éclairé sur leur projet de soins. Dans l'ensemble des unités, il existe des informations variées et adaptées

comportant des messages de santé publique (Affichage ou flyers sur le tabagisme, les risques liés à la consommation d'alcool, dépistages de cancer etc...). L'identification de la personne de confiance et de la personne à prévenir est systématiquement recherchée. Les patients sont informés de la possibilité de rédiger des directives anticipées. L'existence de ces dernières est systématiquement recherchée par les professionnels dans tous les secteurs de l'hôpital. Malgré les affichages en place et la mention dans le livret d'accueil, les rôles et missions des représentants des usagers sont mal connus ainsi que la possibilité de les contacter. Il en est de même concernant la possibilité de réaliser un signalement d'événement indésirable grave lié à leurs soins et la possibilité de déposer une plainte ou réclamation. L'enquête e-satis est promue au sein de l'établissement mais les patients n'en ont pas systématiquement connaissance au cours de l'hospitalisation. Les professionnels respectent les droits des patients. Les pratiques sont bienveillantes et permettent un respect de l'intimité et de la dignité des patients. L'application des règles de confidentialité est effective pour l'ensemble des patients. Les patients bénéficient de soins visant à anticiper et/ou soulager rapidement leur douleur. Cependant lors de la visite de certification, il a été mis en évidence en chirurgie que lors de prescriptions anticipées à type de « si besoin », ces dernières n'étaient pas systématiquement référées à une évaluation chiffrée de la douleur. Les patients bénéficient d'action visant à maintenir leur autonomie au cours de leur hospitalisation (patient debout, parcours) ou après leur hospitalisation notamment avec 2 programmes d'éducation thérapeutique agréés, un sur le diabète de type 2 l'autre sur les stomies. Les patients âgés dépendant bénéficient également de mesures renforcées de maintien de leur autonomie. Les locaux sont adaptés et l'hôpital dispose de beaucoup de chambres individuelles. Les proches et aidants sont associés aux prises en charge dans tous les secteurs chaque fois que nécessaire. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. La prise en compte des personnes en situation de précarité sociale est effective avec entre autre la présence d'une assistante sociale. Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie. La préparation de la sortie est anticipée.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



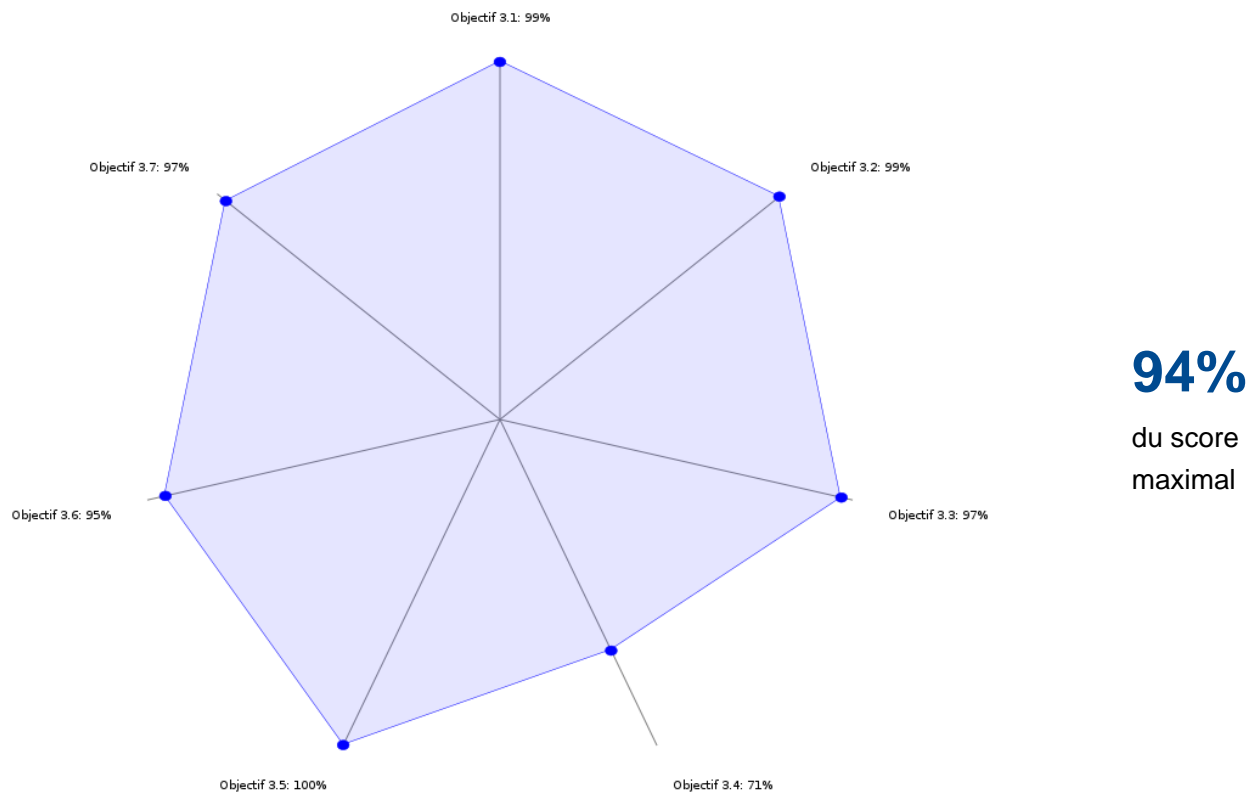
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	95%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Les équipes de l'hôpital privé Arnault TZANCK argumentent en grande partie les décisions et modalités de prise en charge aux patients. Des réunions de synthèse ou staffs pluridisciplinaires sont réalisées toutes les semaines dans les différents secteurs. Les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques. Pour les prises en charges complexes, une concertation pluridisciplinaire permet d'établir le projet de prise en charge. En cancérologie, des RCP sont en place et les dossiers des patients sont présentés lors de chaque étape de la prise en charge. Des parcours sont décrits comme, par exemple, en chirurgie la mastectomie ou la cystectomie. En cardiologie, pour leur rééducation, les patients peuvent être accueillis en hospitalisation de jour plutôt qu'en hospitalisation conventionnelle selon des critères d'éligibilité établis. L'indication de la transfusion fait systématiquement l'objet d'une analyse bénéfice/risque pour chaque patient et le rapport annuel du Comité

de Sécurité Transfusionnel et d'hémovigilance intègre une analyse sur la pertinence des actes transfusionnels. Les équipes disposent de protocoles d'antibiothérapie. Cependant l'argumentation et la réévaluation de la mise en place d'une antibiothérapie sont retrouvées de façon aléatoire dans les dossiers. Les évaluations internes menées montrent une conformité aux alentours de 40%. Une information sur le bon usage des antibiotiques a été réalisée en CME. Pour autant, il n'y a pas eu réellement d'action de formation menée à destination des médecins. L'hôpital a identifié cet axe d'amélioration avec la mise en place d'un programme d'actions d'amélioration à compter de février 2024. Les équipes se coordonnent en grande partie pour prendre en charge les patients de manière pluri professionnelle tout au long de leur séjour. L'ensemble des patients admis dans l'établissement bénéficie de prises en charge coordonnées. Les professionnels des soins de support sont associés à la déclinaison du projet de soin. La coordination entre les secteurs d'hospitalisation et interventionnels est opérationnelle. Au bloc et dans les secteurs interventionnels comme l'endoscopie, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée notamment à l'aide d'outils numériques. Une évaluation sur la complétude a été réalisée et montre son utilisation. Les écarts entre la programmation et les actes réalisés sont analysés toutes les semaines par la cellule de programmation. Les équipes de soins peuvent faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise en interne ou en externe. Pour les patients en fin de vie, une démarche palliative pluridisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée est mise en œuvre. L'hôpital dispose de lits identifiés soins palliatifs en médecine et en SMR. Les équipes bénéficient d'un accompagnement (groupe de parole) par une des psychologues de l'hôpital afin de verbaliser le mal être pouvant résulter des prises en charge de fin de vie. Le dossier patient est accessible. Toutefois son informatisation n'est pas complète. L'hôpital est en phase de finalisation d'informatisation du dossier (DPI) avec l'intégration du dossier d'anesthésie début 2024 et le déploiement du DPI dans les cabinets de consultation des médecins libéraux. Par ailleurs, des composantes papier continuent à exister comme par exemple un dossier en médecine pour la chimiothérapie, un dossier en chirurgie avec notamment le dossier d'anesthésie (consultation, per opératoire, SSPI) et la fiche de liaison avec le bloc opératoire ainsi que le dossier transfusionnel. Ces dossiers sont conservés dans l'unité dans laquelle ils sont utilisés générant ainsi des risques de perte d'information dans le DPI. Des éléments présents dans ces dossiers peuvent être scannés pour intégrer le dossier informatisé. Cependant les règles d'indexation ne sont pas définies. De ce fait, pour un même acte, par exemple consultation médicale, l'enregistrement peut avoir comme libellé consultation avec la date de scannage ou la date de consultation ou alors comme intitulé observation. En hospitalisation, le dossier est complété en temps utile par une grande majorité des acteurs. Une lettre de liaison est remise à la sortie permettant ainsi le lien avec les structures d'aval ou le domicile. Toutefois, en chirurgie, la qualité de celle-ci n'est pas conforme aux attendus comme le montre l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie ». Le compte rendu opératoire est retrouvé dans la lettre de liaison. Par contre, les antécédents, la synthèse médicale du séjour, le traitement d'entrée, le traitement de sortie et/ou les modifications ainsi que le bilan thérapeutique ne sont pas intégrés à cette dernière ni les prescriptions type pansement qui se trouvent dans un document à part ainsi que les traitements antalgiques ou antibiotiques. Dans la grande majorité des situations, les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont connues. La mise en application des vigilances sanitaires est opérationnelle et connue. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée. Le taux de destruction des PSL est suivi. Concernant la prise en charge médicamenteuse, les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et dispensation des médicaments. L'analyse pharmaceutique est effective. Néanmoins le dossier pharmaceutique du patient n'est ni recherché ni utilisé le cas échéant. Les règles d'administration sont connues. La gestion des médicaments à risque est sécurisée. Les médicaments à risques sont identifiés par secteur. La préparation des chimiothérapies est centralisée dans une unité de préparation attenante à l'hôpital de jour d'oncologie, seul endroit où sont administrées les chimiothérapies. Le circuit est sécurisé et le personnel est formé et habilité pour les préparateurs en pharmacie qui reconstitue les médicaments anticancéreux. Le stockage des médicaments respecte les règles de bonnes pratiques. Toutefois, en dehors des locaux de la pharmacie, le suivi des températures des réfrigérateurs est réalisé une fois par jour et il n'existe pas de dispositif permettant d'alerter en cas de baisse de température dans l'intervalle.

Une formation sur le risque médicamenteux est déclinée sur l'établissement. La conciliation médicamenteuse est débutée sur quelques dossiers en SMR sur des critères prioritaires. La maîtrise du risque infectieux s'appuie sur une EOH et des référents en hygiène. Dans l'ensemble des secteurs, les locaux sont propres. En matière d'hygiène des mains, de précautions standard et complémentaires, les bonnes pratiques sont appliquées. Les protocoles d'antibioprophylaxie liée aux actes invasifs sont diffusés et réévalués. Ils sont connus des professionnels qui les appliquent dans le respect de la durée et du moment de l'administration de l'antibioprophylaxie. Le nettoyage et la désinfection des endoscopes sont réalisés dans un lieu unique, au bloc opératoire dans la salle attenante à la salle d'endoscopie. Le suivi des endoscopes est réalisé et conforme. Les équipements de protection individuels sont présents et utilisés. Le personnel en charge de la désinfection des endoscopes est formé. En matière de risque lié à l'utilisation de rayonnements ionisants, l'activité est externalisée dans le cabinet de radiologie attenant à la clinique. L'information des patients sur les doses reçues et les risques potentiels est transmise lors de la communication des résultats. Le transport des patients est organisé et adapté à l'activité. Les équipes évaluent leurs pratiques. Les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) sont communiqués aux secteurs d'activité. Ils sont analysés de façon collective et exploités dans tous les secteurs. Les équipes rencontrées peuvent présenter une démarche d'évaluation de pratiques professionnelles. L'efficacité des actions mises en œuvre est réalisée. Des actions d'amélioration fondées sur la satisfaction des patients sont en place. Une première évaluation sur l'expérience des patients a été menée sur l'efficacité du dispositif d'annonce. Le dispositif de signalement des événements indésirables associés aux soins est déployé et connu des professionnels. Les déclarations font l'objet d'une analyse collective en CREX ou RMM. L'utilisation de check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est évaluée régulièrement et les actions d'amélioration issues de ces évaluations sont suivies. Une analyse des GO/NO GO a été menée. Les examens de biologie et d'imagerie sont externalisés et les délais de rendu des résultats correspondent aux attendus de l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	97%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	71%
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	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	97%

L'hôpital privé Arnault TZANCK a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Il participe aux projets territoriaux de parcours et à la coordination des parcours sur le territoire ou hors territoire. De nombreuses conventions et partenariats sont en place. En cancérologie, sur le site de l'hôpital, plusieurs structures sont partenaires avec l'Hôpital notamment les laboratoires, un cabinet d'imagerie et de médecine

nucléaire, un centre de radiothérapie permettant ainsi de proposer une offre complète en cancérologie dans le cadre de l'Institut du Cancer de Mougins. Une convention est signée avec une maison de consultation ouverte 24h/24, 7 jours sur 7 permettant également un adressage des patients suivis à l'hôpital. L'hôpital privé Arnault TZANCK pratique la politique du « aller vers » notamment avec la participation aux CPTS du territoire, le déploiement de consultations avancées en gynécologie, sénologie, chirurgie du rachis entre autres ou des partenariats avec des centres de consultations non programmés. Des conventions et des partenariats avec d'autres établissements hospitaliers publics ou privés (hôpital de Cannes et hôpital d'Antibes (réanimation), Centre Lacassagne (cancérologie)...) sont en place pour fluidifier les parcours des patients. Les activités de recours sont organisées. Des filières d'admission directe pour limiter le passage des personnes âgées via les urgences sont en place via la convention avec la maison de consultation 7/7 et des conventions avec les structures d'hébergement de personnes âgées du territoire. Cette organisation est facilitée par la présence en semaine d'une secrétaire en charge de la gestion des lits sur tout l'hôpital (gestion des hospitalisations, transferts et sorties). Une messagerie sécurisée permet les échanges avec les médecins de ville. Les patients et correspondants externes peuvent joindre facilement l'établissement. En médecine, il existe un numéro unique permettant de joindre un médecin. L'alimentation du DMP est réalisée sur la partie médicale mais pas sur la partie pharmaceutique. La promotion de la recherche clinique est organisée et effective au niveau de l'établissement. Deux comités « recherche » sont en place, un destiné à définir les orientations stratégiques en matière de recherche clinique, l'autre à la déclinaison opérationnelle des axes retenus. Un ARC assiste les médecins pour les inclusions dans les protocoles de recherche. Par ailleurs, certains médecins participent au groupe recherche clinique du réseau de cancérologie « ONCOPACA ». L'établissement favorise l'engagement des patients. Le recueil via E-satis est promu par voie d'affichage et connu des professionnels. Il existe des enquêtes complémentaires. Les résultats sont communiqués régulièrement par voie d'affichage dans les services et discutés avec l'encadrement. Les résultats sont présentés et analysés en CDU. La bientraitance fait partie des préoccupations des équipes soignantes. Ces dernières connaissent les conduites à tenir face aux situations de maltraitance. Des outils ont été déployés pour faciliter la communication comme par exemple un manuel pour une meilleure communication avec une personne en difficulté. Des actions de formation/sensibilisation sont déployées sous forme d'échange comme le "¼ heure bientraitance" animé par un psychologue ou par une formation à l'aide de casque de réalité virtuelle ou en sur les ordinateurs une chambre des erreurs virtuelles portant sur la bientraitance suivies d'une évaluation sous forme de quizz. Les locaux sont adaptés à la prise en charge de patients porteurs de handicap. L'accès aux soins est ouvert aux personnes vulnérables. L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier. Des associations interviennent dans l'établissement, notamment dans le cadre du don du sang et du cancer. L'implication des RU est réelle. Ils passent régulièrement dans les services et proposent des actions d'amélioration le cas échéant. En CDU, ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis, des événements indésirables graves et des EIAS et ils participent aux évaluations des actions entreprises. Il existe un projet des usagers formalisé et évalué. Ils ont participé à la réalisation d'une quinzaine de patients traceurs dans le cadre de la l'évaluation de l'expérience patient. L'hôpital a développé des actions mobilisant l'expertise des patients notamment dans le cadre du programme d'ETP sur le diabète avec la participation d'un patient « expert » et également avec la participation d'une patiente à un enseignement interne sur la prise en charge du cancer du sein. La gouvernance fait preuve de leadership. Le management intègre la qualité et de la sécurité des soins. L'organisation qualité est opérationnelle ; un comité de pilotage qualité et gestion des risques (COPIL Risques), regroupant la direction, la direction qualité, l'encadrement, le responsable du bloc opératoire, un représentant biomédical, la cadre hygiéniste, le président de CME, le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, un pharmacien et des représentants des usagers se réunit mensuellement. Ce comité balaie les EIAS déclarés, suit l'avancée des plans d'action, propose des actions qui seront présentées en CME et au conseil des plateaux techniques. Un point hebdomadaire est réalisé par le service qualité sur l'évolution du PAQSS. Ce dernier prend en compte l'ensemble des données et risques spécifiques à l'établissement. Les instances sont informées. Un logiciel

dédié permet l'accès à tous les protocoles, comptes rendus de réunions et résultats des indicateurs qualité. Les actions du programme sont connues de tous. Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité. L'appropriation de culture sécurité des soins des professionnels a fait l'objet d'une première évaluation globale en 2023 et des évaluations par thématiques sont en place depuis plusieurs années. Une organisation visant à permettre l'adéquation des ressources humaines aux différentes missions de l'établissement est en place. L'établissement pallie aux difficultés en personnel en recourant à un pool de remplacement ou au paiement d'heures supplémentaires ou en faisant appel à des vacataires qui reviennent très régulièrement. Les managers sont formés et peuvent bénéficier sur besoin spécifique d'accompagnement de type coaching ou soutien. Le travail en équipe et le développement des compétences est favorisé. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet le travail en équipe. Les temps et horaires de transmission ont été harmonisés dans toutes les équipes permettant ainsi une polyvalence accrue et favorisant aussi le travail en équipe. Au bloc opératoire, les horaires de travail ont été revus afin de pallier aux débordements horaires. De nombreux praticiens sont accrédités par la Haute Autorité de Santé. Pour autant, il n'y a pas encore d'accréditation en équipe pluridisciplinaire type accréditation PACTE. Le développement des compétences est réalisé à travers des formations inscrites dans le plan de formation. L'évaluation des compétences des professionnels est principalement réalisée au travers des audits menés annuellement. La démarche éthique est débutante. Un comité éthique est constitué pour porter cette démarche mais il ne s'est pas réuni depuis deux ans. De ce fait, l'état de lieux des questionnements éthiques n'est pas réalisé. L'établissement disposant de lits identifiés soins palliatifs, la pratique de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès pourrait y être abordée. Une politique QVT est en place et déclinée depuis plusieurs années en concertation avec les instances représentatives des professionnels. Des enquêtes de satisfaction du personnel sont menées tous les 2 ans. Le taux de retour permet l'exploitation des enquêtes. Des actions sont en place comme par exemple une semaine de sensibilisation avec différents ateliers. Une AS de nuit a été formé pour réaliser des massages. Une référente QVT est identifiée et connue des professionnels. L'ensemble des professionnels rencontrés connaît les moyens de soutien de l'institution pour se faire aider en cas de besoin ou de difficulté interpersonnelle. L'organisation en place permet la gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles. Les vigilances sont opérationnelles et les circuits connus des professionnels. Les catégories de risques sont identifiées. Le plan de maîtrise des risques environnementaux est formalisé. Une cellule de crise est opérationnelle. Des exercices sont réalisés annuellement. Le dernier exercice a été réalisé sur la capacité de déclenchement d'une cellule de crise et la faculté de rappel des professionnels. Le risque numérique est maîtrisé. Des audits ont été réalisés sur la sécurisation du système d'information. Des fiches reflex sont formalisées. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée, notamment par des accès sécurisés par badge dans tous l'établissement et la présence d'un PC sécurité. Les professionnels connaissent les conduites à tenir. Une démarche de développement durable est en place. La gestion des déchets est valorisée dans tout l'établissement avec une réflexion spécifique au bloc opératoire. La directrice adjointe est le référent dans ce domaine. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Le CESU a habilité 3 IDE de l'hôpital pour être formateur sur le site. En plus de ces formations (y compris réactualisation), des exercices de simulation sont réalisés régulièrement. Un numéro unique dédié d'appel en cas d'urgence est déployé. Cependant le destinataire de cet appel est le PC sécurité qui, en fonction de la localisation de l'appel, contacte un médecin. Suite aux remarques des experts-visiteurs sur le fait qu'il était attendu que le destinataire de l'appel soit directement un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence, la procédure a été modifiée et diffusée en fin de visite de certification en ce sens. La gouvernance de l'hôpital privé Arnault TZANCK développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Il existe un programme d'action qualité et sécurité des soins unique qui regroupe l'ensemble des actions y compris celles issues des résultats des enquêtes de satisfaction patient, des démarches d'expérience patient ou des résultats des IQSS, ainsi que les recommandations de la CDU notamment par exemple sur la signalétique. Les recommandations de bonnes pratiques sont accessibles au sein des équipes. Celles-ci sont actualisées. Le dispositif de signalement des événements indésirables associés aux soins est déployé et connu de tous les

professionnels. Les déclarations font l'objet d'une analyse collective en CREX ou RMM. L'accréditation des médecins est promue dans l'établissement. La majorité des médecins est accréditée individuellement par la Haute Autorité de Santé. 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 : Pérenniser la nouvelle procédure « urgence vitale » Développer la démarche des questions éthiques dans l'établissement (état des lieux, etc.) Systématiser les évaluations de la pertinence d'une prescription d'antibiotique et s'assurer que les professionnels ont pu bénéficier de la formation

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	060780608	HOPITAL PRIVE ARNAULT TZANCK MOUGINS SOPHIA ANTIPOLIS	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS Cedex FRANCE
Établissement principal	060800166	HP ARNAULT TZANCK MOUGINS - SOPHIA ANTIPOLIS	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS Cedex FRANCE
Établissement géographique	060785219	HP ARNAULT TZANCK MOUGINS - SOPHIA ANTIPOLIS PÔLE DE MEDECINE	122 avenue du docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS Cedex FRANCE
Établissement géographique	060785227	HP ARNAULT TZANCK MOUGINS - SOPHIA ANTIPOLIS PÔLE DE SSR	122 avenue docteur maurice donat Bp 1250 06254 MOUGINS Cedex 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	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
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	139
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	83
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	35
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	8,399
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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	108
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	10
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)	19
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient atteint d'un cancer Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

11	traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
12	Audit système			
13	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
14	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
15	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

16			<p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
17	Parcours traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
18	Traceur ciblé			au choix de l'EV à partir de la liste
19	Parcours traceur		<p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
20	Traceur ciblé			chimiothérapie
21	Audit système			
22	Traceur ciblé			Service > Bloc opératoire > Service

23	Audit système			
24	Audit système			
25	Traceur ciblé			Précautions complémentaires
26	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicaments à risque
27	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicaments à risque
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Audit système			
34	Audit système			
35	Traceur ciblé			transfusion
36	Audit système			
37	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé	

			Tout l'établissement	
38	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires si applicables
39	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé			Antibio / Injectable / Médicaments à risque
43	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

44	Audit système			
45	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
46	Traceur ciblé			Per-opératoire + Antibioprophylaxie
47	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Traceur ciblé			au choix de l'EV à partir de la liste
49	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
51	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
52	Audit système			
53	Traceur ciblé			chimiothérapie
54	Traceur ciblé			endoscope
55	Audit système			
56	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
57	Audit système			

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

