



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**ASSOCIATION
HOSPITALIERE SAINTE
MARIE**

CS 41519

87 avenue joseph raybaud

06009 Nice



Validé par la HAS en Janvier 2025

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	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 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	23

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

ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	
Adresse	CS 41519 87 avenue joseph raybaud 06009 Nice Cedex 1 FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

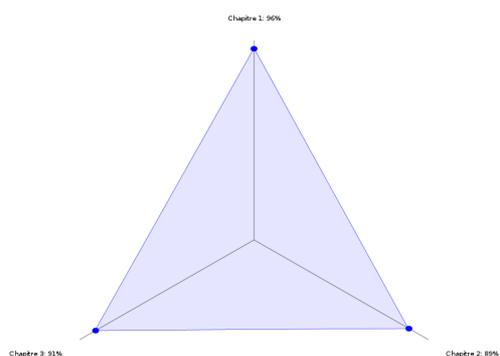
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

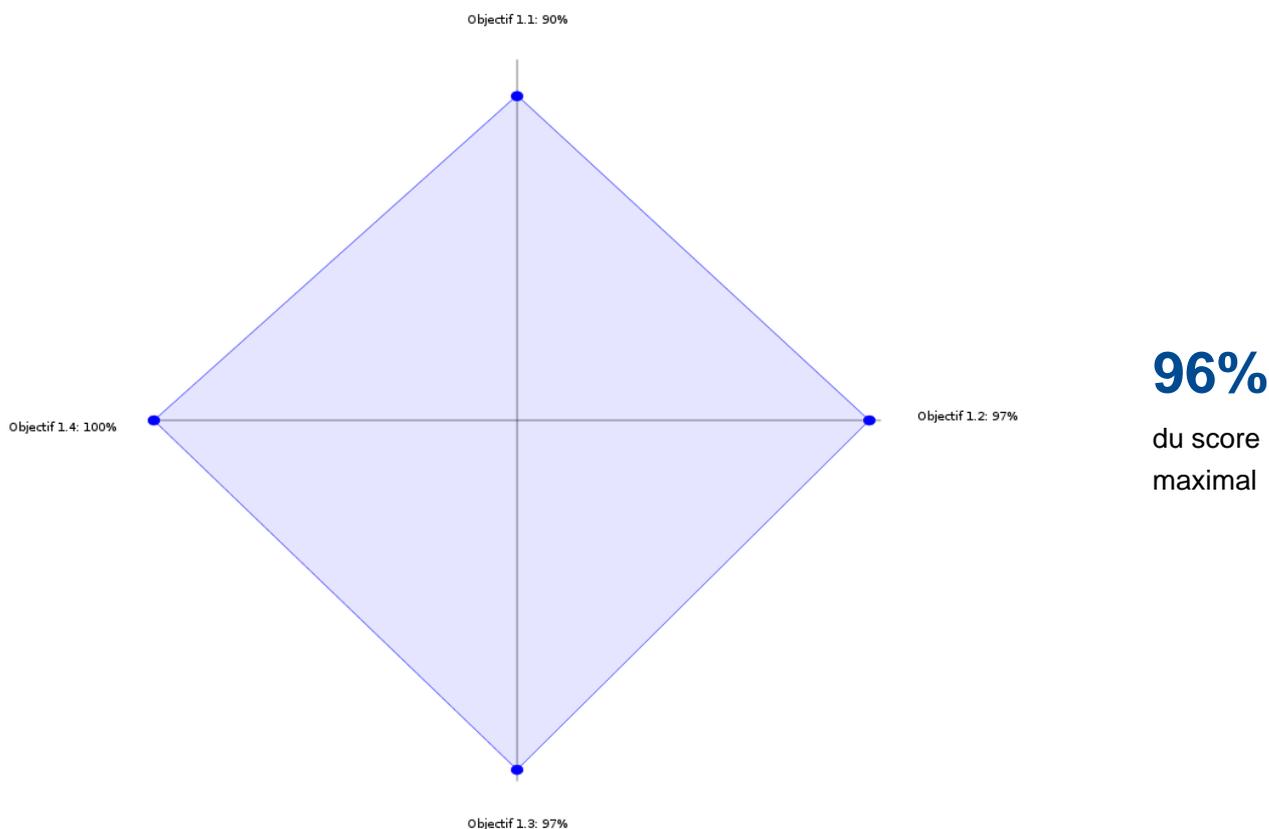
Au regard du profil de l'établissement, **103** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

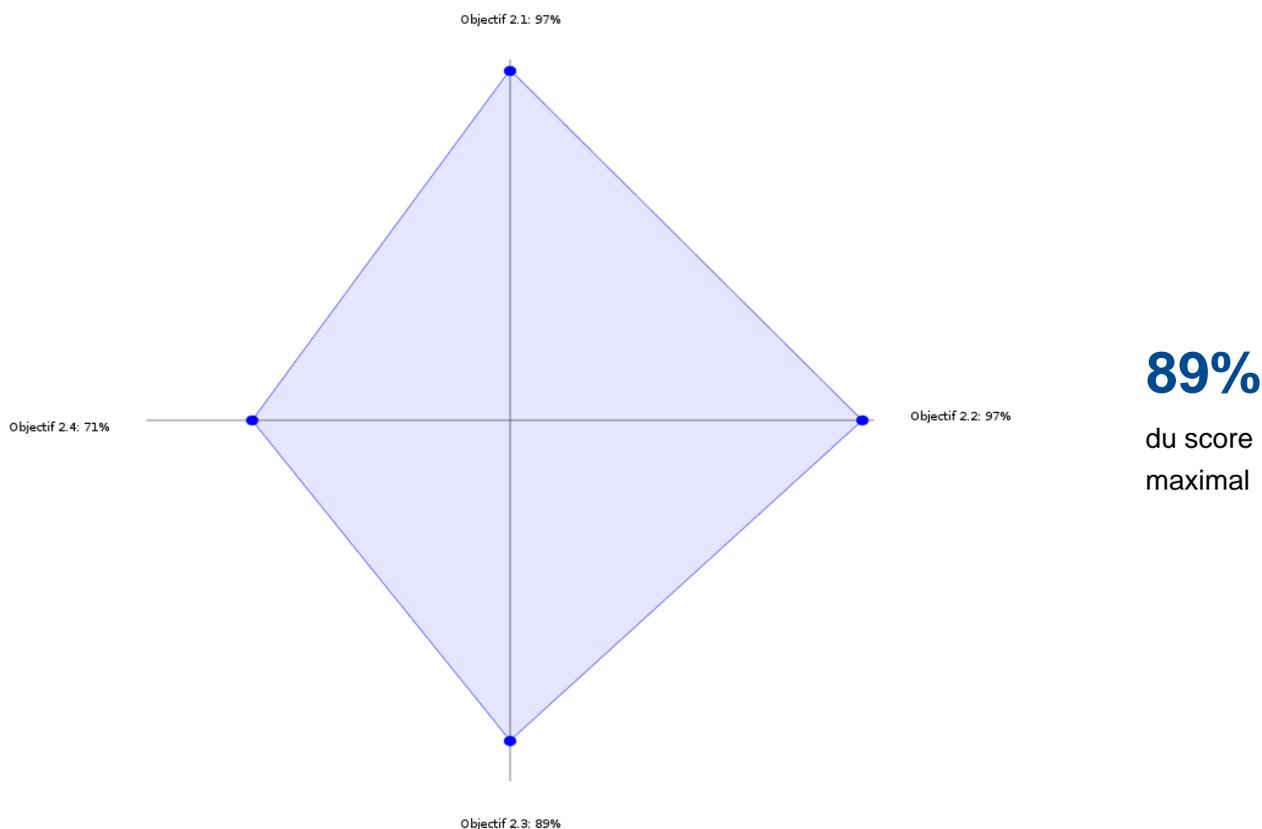


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	97%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans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

Le Centre Hospitalier Ste Marie de Nice est un établissement du secteur privé participant au service public. Il prend en charge la population adulte de 7 des 13 secteurs de psychiatrie générale du département des Alpes-Maritimes, soit un bassin de population d'environ 610000 habitants qui s'étend de Cagnes-sur-Mer à Menton, en passant par les vallées de l'arrière-pays. L'établissement est constitué d'un site principal, pavillonnaire, en cours de reconstruction et d'un maillage de structures ambulatoire sur l'ensemble du territoire. Les soins sont répartis en plusieurs filières et/ou spécialités (urgences en lien avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU), psychiatrie générale, addictologie, hospitalisation de jour, réhabilitation psychosociale, troubles du spectre autistiques, soins aux détenus...). A l'entrée, un livret d'accueil est remis à chaque patient, celui-ci est également disponible de manière diaphane sur le site internet de l'établissement. L'implication des patients

dans leur parcours de soins est recherchée tout au long de celui-ci, quel que soit l'âge ou la situation de la personne. Les professionnels informent de la possibilité de désigner une personne à prévenir et une personne de confiance et du rôle de ceux-ci. Les équipes de soins informent également les patients sur l'existence de "mon espace santé" et de la possibilité, avec leur accord, de consulter et verser des éléments dans le dossier médical partagé. Les unités affichent toutes des messages d'information sur les droits des patients ainsi que des messages de santé publique et de prévention primaire. L'établissement a formalisé la documentation concernant les directives anticipées de fin de vie mais les patients disent ne pas avoir d'information sur le sujet. Les soins palliatifs (rares) sont discutés en équipe et peuvent avoir l'appui de l'équipe mobile de soins palliatif du CHU. De même les patients méconnaissent la possibilité de déclarer des Evénements Indésirables Associés Aux Soins (EIAS), les modalités pour soumettre une réclamation durant ou après leur séjour. Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou les associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner, cependant malgré un affichage dans toutes les unités et dans le livret d'accueil, la plupart des patients interrogés dit ne pas connaître la commission des usagers ou les représentants qui y siègent. A chaque étape de la prise en charge le patient est informé des soins, des effets bénéfiques ou secondaires de ceux-ci et le consentement aux soins est recherché. Si besoin cette information est répétée et délivrée en fonction du degré de discernement, de l'âge et de la compréhension de chacun. Les éléments constitutifs des projets de soins sont retrouvés le plus souvent dans des synthèses cliniques tracées dans le dossier. Quelques unités de soins ambulatoires n'ont pas élaboré de document d'information permettant aux patients de l'informer sur les événements indésirables possibles ainsi que de la conduite à tenir en cas de survenue de ceux-ci. L'établissement est en cours de reconstructions et de nombreuses unités intra hospitalières sont installées dans des locaux transitoires, encore vétuste (présence de chambres à trois lits, de salles de bains communes.). Les pratiques soignantes permettent, dans la plupart des cas, de pallier ces inconvénients et les patients de bénéficient du respect de leur intimité et de leur dignité ainsi que de la confidentialité des informations les concernant, quel que soit leur statut ou leur handicap. Les espaces d'isolement sont vidéosurveillés et les angles de vues respectent l'intimité des patients. Cependant les experts ont pu constater de manière ponctuelle, l'entrée inopinée de patients dans les espaces de soins, les écrans étant "en service". L'établissement, alerté de ces dysfonctionnements est en cours de recherche d'une solution technique pour éteindre rapidement l'ensemble des écrans de manière spontanée. La douleur est anticipée et fait l'objet d'une évaluation systématique à l'aide d'échelles validées. La traçabilité de la réévaluation de la douleur, après traitement, médicamenteux ou non est également retrouvée. Un maintien de l'autonomie est recherché et encouragé tout au long du séjour pour les personnes les plus fragiles permettant dès l'hospitalisation de préparer la sortie. Les proches et/ou les aidants sont associés pleinement à la mise en œuvre du projet de soins et dans le projet de sortie, dès lors que le patient ne s'y oppose pas. Des activités de réhabilitation, des intervenants bénévoles (narcotics anonymes en addictologie par exemple) des programmes de soutien aux aidants et la prise en charge sociale contribuent à la préparation de la sortie dans les meilleures conditions. Cette dernière est préparée autant dans ses aspects pratiques et le respect des conditions de vie du patient qu'en terme d'information sur la continuité du traitement à la sortie. Tous les patients sont invités à faire part de leur expérience au cours des soins par le biais de réunions soignants/soignés présentes dans de nombreuses unités d'hospitalisation. Lors de la sortie d'hospitalisation en temps plein un questionnaire de satisfaction est remis au patient, un questionnaire spécifique existe pour les patients pris en charge au SMPR.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



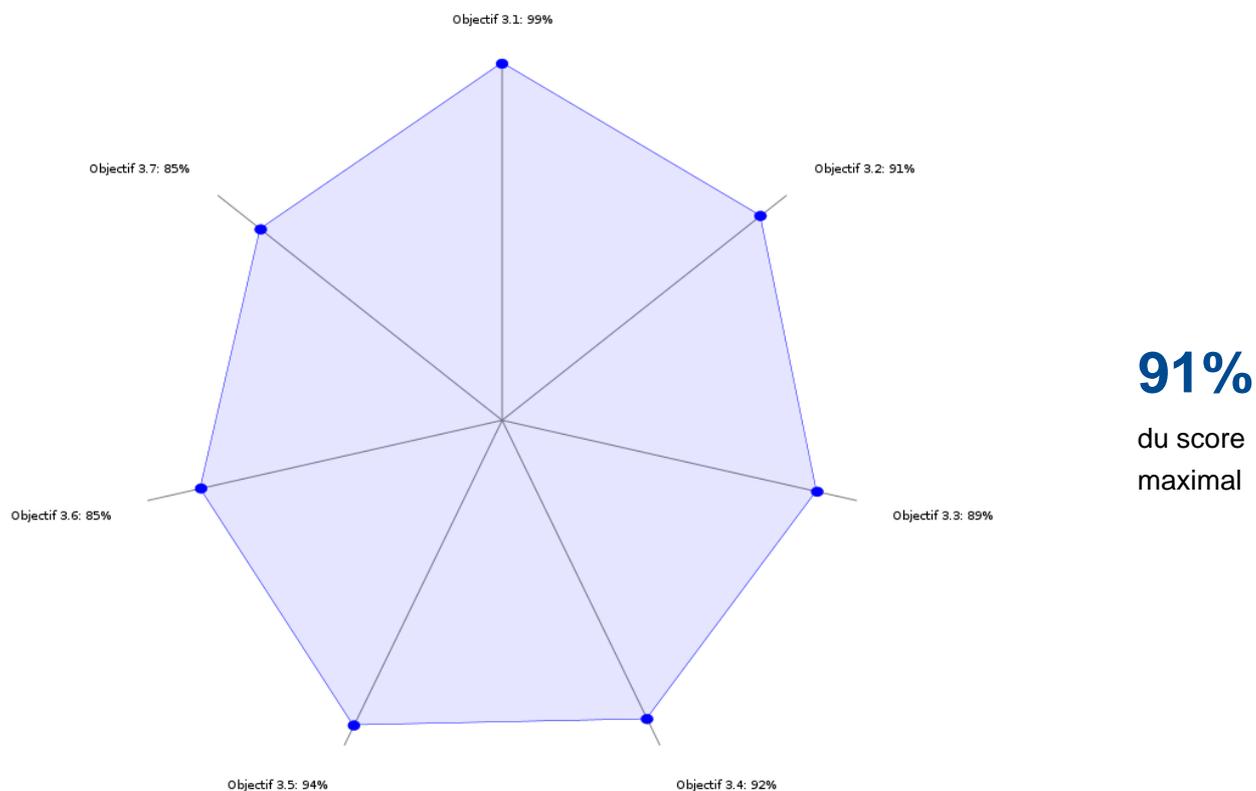
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	97%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	71%

Les équipes évaluent la pertinence des décisions prises en termes de parcours de soins, de prescriptions médicamenteuses et de décisions médicales. Ces évaluations sont formalisées au sein des dossiers de chaque patient autant pour les prises en charge standards que celles complexes. Les restrictions de liberté d'aller et venir font l'objet d'une réflexion collégiale, revue autant que de besoins et d'une décision médicale tracée dans le dossier. Les espaces dédiés à l'isolement sont propres, respectent la dignité et les conditions de sécurité dues aux patients mais ne correspondent pas aux recommandations de la HAS en termes d'architecture (peu de doubles entrées, pas d'espace à l'air libre). Les plans des futurs espaces d'isolement après reconstruction, consulté par les experts et la visite du chantier confirment que cet aspect sera pris en compte. L'enquête sur la bientraitance de juin 2022 et la cartographie des risques patients prennent en compte ces éléments. Les

restrictions d'accès à des objets font l'objet d'une décision médicale adaptée à chaque patient. Cependant les experts ont constaté dans une unité un retrait systématique des cigarettes dont le patient est informé à son entrée mais qui ne fait pas l'objet d'une décision individualisée et réévaluée. Les équipes sont coordonnées et articulent leurs prises en charge : Avec les partenaires internes (structures ambulatoires ou interpolaires...). Avec les partenaires externes en prenant appui sur de nombreuses réunions de concertation (avec les unités cognitivo- comportementales pour la psychogériatrie par exemple) en pouvant consulter le Dossier Médical Partagé des patients ou en utilisant des réseaux d'accès sécurisés pour de la télésanté. Ces réunions, pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires permettent un dépistage précoce et un suivi des patients au cours de leurs parcours de soins et de leur parcours de vie. Le dossier du patient est informatisé et accessible à l'ensemble des professionnels impliqués. Il facilite le partage d'information entre les différents intervenants, en intra comme en extra hospitalier. Les équipes peuvent faire appel à des spécialistes externes auprès des établissements du territoire ou, éventuellement, auprès d'un autre médecin désigné par le patient. Les projets de soins individualisés, sont bien présents dans les dossiers et la plupart des dossiers comportent des synthèses issues des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires. Les risques spécifiques liés aux patients sont retrouvés et connus des équipes. Concernant le risque suicidaire, les grilles Risques Urgence Dangers (RUD) sont connues mais peu utilisées. La gestion des épisodes de violence est assurée par le port d'appareil de protection du travailleur isolé (PTI), par une formation adaptée dispensée aux soignants et par l'intervention possible des "infirmiers experts". La rédaction d'un plan de prévention partagée avec le patient est en cours de réflexion (mon GPS). La prise en charge somatique est réalisée pour l'ensemble des patients par les somaticiens de l'établissement. Un plateau technique situé au sein de l'établissement accueille entre autres un cabinet dentaire et un de radiologie. Les experts ont pu constater que la prise en charge somatique est indissociable de la prise en charge psychiatrique. L'établissement a d'ailleurs commencé un projet de consultations somatiques en CMP, par les généralistes de l'établissement pour continuer les soins en l'absence de médecin traitant. Cette continuité des soins est en outre garantie par l'envoi sécurisé des lettres de liaison en fin d'hospitalisation, dont la traçabilité de l'envoi est retrouvée dans les dossiers des patients. L'établissement a fait le choix d'identifier les patients en intra hospitalier en mettant les photos des patients dans le dossier patient informatisé et si refus d'utiliser des bracelets d'identification. En l'absence ou si le dossier n'est pas disponible, les risques liés à un défaut d'identification du patient sont assurés uniquement par un contrôle verbal. Les prescriptions d'antibiotiques font toutes l'objet d'une justification. L'efficacité de la prescription entre la 48ème et la 72ème heure est suivie par la Pharmacie à Usage Intérieur qui s'appuie sur la Pharmacienne-Chef et la Pharmacienne-Adjoint ayant un Diplôme Universitaire d'antibiothérapie et également sur un médecin généraliste référent, lui aussi détenteur du DU. Une sensibilisation à l'antibiothérapie a lieu auprès des médecins et un rappel est fait chaque semestre auprès des internes. Le risque infectieux est maîtrisé, en intra comme en extrahospitalier, les précautions standards et, si nécessaire complémentaires sont connues et mises en œuvre. L'établissement utilise quelques dispositifs médicaux réutilisables en odontologie. La pré-désinfection est effective et la stérilisation est sous traitée. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est connue des professionnels et assure conseils et formation sur le terrain, elle est appuyée par des "référents hygiène" présents dans toutes les unités. Des audits spécifiques (4 en 2023) sont menés et l'établissement a prévu d'augmenter cette fréquence en 2024 de manière à actualiser les connaissances des équipes sur ce sujet, qui, à ce jour, n'est pas effective. L'utilisation du savon est encore privilégiée par rapport aux solutions hydro alcoolique. Le statut vaccinal des équipes est évalué pour ce qui est des vaccinations réalisées par l'établissement, est présenté en instances (CLIN, COPIL Qualité, CME) mais n'est pas connu des équipes. » L'organisation du circuit du médicament, s'appuie sur l'équipe de la Pharmacie à Usage Interne (PUI) et sur un réseau de "correspondants pharmacie". La continuité est assurée par un stock tampon et une organisation de recours au CHU en cas d'indisponibilité. Les bonnes pratiques de prescription de dispensation (nominative et hebdomadaire) et d'administration sont respectées, s'appuyant sur un logiciel d'aide à la prescription. L'analyse pharmaceutique est réalisée à 100%. L'approvisionnement, le stockage (y compris pour les produits thermosensibles et les médicaments à risque), le transport et l'accès aux produits de santé sont efficaces y

compris en cas d'urgence. Cependant les experts ont constaté à plusieurs reprises un étiquetage défaillant, ne prenant pas en compte l'ensemble de l'identité du patient (nom et prénom seulement), sur les sachets de dispensation hebdomadaire ou sur les piluliers de quelques unités par exemple. Cette situation a été reprise rapidement par l'établissement lors de la visite. L'administration est réalisée dans des lieux permettant l'échange et la confidentialité et d'éviter les ruptures de tâches. La validation de l'administration est tracée dans un premier temps sur des extractions papier du plan d'administration puis dans le dossier dans un second temps et pour l'ensemble des patients dans le même mouvement. Les experts ont également constaté un système de retranscription des administrations des neuroleptiques à action prolongée en ambulatoire servant non à l'administration médicamenteuse mais pour la traçabilité des informations utiles en cas de rappel de lot ou de déclaration de pharmacovigilance à réaliser. La conciliation médicamenteuse d'entrée est en cours de déploiement et cible les patients de plus de 65 ans et/ou ceux porteurs du VIH ou d'hépatite C. Une liste de médicament à risque, connue des unités, a été élaborée cependant plusieurs professionnels rencontrés, disent ne pas avoir été sensibilisés à son utilisation. Les résultats cliniques sont peu analysés en équipe et ne se traduisent pas par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés par des indicateurs spécifiques. Les délais d'entrée dans la filière ambulatoire sont connus des équipes et sont exploités concernant la partie infirmière mais pas concernant la partie médicale. » L'expérience patient est recueillie lors des réunions soignants-soignés et lors des patients traceurs organisés en interne mais l'exploitation en équipe n'est pas effective. Il en est de même pour les résultats des questionnaires de satisfaction ou des événements indésirables. Cet ensemble de données est analysé au niveau institutionnel (Comité d'Analyse et de Suivi des EI (CASEI) se réunissant toutes les trois semaines, CREX utilisant la méthode ALARM pour les Evènement Indésirables Graves) au niveau polaire mais ne franchit pas la barre d'une exploitation au plus près des équipes de terrain. La Commission des usagers formule des préconisations, les représentants interviennent comme appui au recueil de l'expérience patient par le biais des audits patients-traceurs mais pas pour le recueil de la satisfaction. La Commission est cependant informée de l'ensemble des démarches. Les examens de biologie comme d'imagerie médicale sont organisés et traités par un partenaire externe. Pour les examens de radiologie les plus simples, l'établissement conserve un cabinet de radiologie ou le personnel et le service de santé au travail est vigilant quant aux rayonnements ionisants. Les délais de compte rendus sont estimés satisfaisant par les prescripteurs. Les transports sont réalisés par des prestataires externes et si nécessaire les patients sont accompagnés par un membre de l'équipe le prenant en charge.

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	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	89%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	92%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	94%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	85%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	85%

Le Centre Hospitalier Sainte Marie fait partie de l'Association Hospitalière Sainte-Marie, association loi de 1901 à but non lucratif, créée en 1974, qui assure, dans le cadre de sa mission de service public, des activités de prévention, de soins, de postcure en psychiatrie générale et infanto-juvénile, prenant en charge enfants, adolescents, adultes et personnes âgées. L'association est présente dans huit départements du quart sud-est

de la France. L'établissement gère également plusieurs structures médico-sociales dont une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) et un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). Les axes stratégiques de l'établissement sont définis dans le projet d'établissement récemment validé et couvrant la période 2024-2028. L'établissement mène une politique "d'aller-vers" en étant partie prenante auprès de plusieurs Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) des vallées de l'arrière-pays niçois (Vésubie, Roya..., du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et de six Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) et, au quotidien, en cultivant le lien avec la médecine de ville. Plusieurs modalités de communication (téléphonie, e-mail, accès wifi public, télésanté) permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément et ces facilités sont reportées sur le site internet. L'établissement a installé une messagerie sécurisée pour les médecins, pharmaciens (MS Santé). L'alimentation du dossier médical et du dossier pharmaceutique est effective mais il n'existe pas de plan d'action formalisé permettant d'améliorer le taux d'alimentation du dossier médical. L'établissement n'a pas élaboré de politique formalisée concernant la recherche, il a cependant repéré des professionnels désireux de s'investir dans ces activités. L'engagement des patients est soutenu par la gouvernance. L'établissement emploie, lors de la visite, un pair-aidant dans le pôle de réhabilitation. En addictologie des associations néphalistes interviennent et des réunions soignantes soignés existent dans la plupart des unités. Dans les faits ces actions ne font pas l'objet d'un retour centralisé permettant à l'établissement de formaliser et promouvoir l'expérience patient. Les patients ou leurs représentants ne participent pas aux CREX ou aux analyses d'évènements indésirables graves. En termes de retour formalisé, seuls les questionnaires de satisfaction sont à disposition, les PROM's et PREM's ne sont pas promus. Les résultats des enquêtes de satisfaction, les délais d'accès des patients à leur dossier, les plaintes et les réclamations et les analyses d'évènements indésirables graves sont analysés en Commission Des Usagers (CDU). Les représentants des usagers sont informés sur les projets architecturaux, invités à de nombreuses réunions, mais dans les faits sont peu de temps pour investir pleinement cette représentation. Un projet des usagers est formalisé mais il ne permet pas, à ce stade de renforcer des actions d'empowerment. L'établissement a une communication centrée sur le patient. Le personnel est formé aux entretiens, à l'écoute des patients, par différents types de formation. Il met à disposition des patients de l'information en utilisant des outils adaptés (pictogramme par exemple). Les plaintes et réclamations sont peu nombreuses et toutes traitées. Surtout, l'établissement a mis au point un vaste programme de simulation en santé, permettant à l'aide de scénarii de mettre en lumière, entre autres, le besoin d'une communication adaptée avec les patients en situations de perte de contrôle. La lutte contre la maltraitance dont la maltraitance ordinaire et la promotion de la bientraitance sont des préoccupations fortes de l'établissement. Les experts ont pu constater lors des parcours et des entretiens avec les équipes l'attention soutenue du personnel sur ce sujet. De nombreux éléments de prévention sont en place (formation, comité éthique, peu de contentions mécaniques, travail sur l'isolement). L'Espace de Réflexion Ethique (ERE) se réunit depuis plusieurs années au moins quatre fois par an et permet de répondre rapidement aux questionnements casuistiques des unités. Sa composition, ses missions et ses modalités de saisine sont définies par un règlement intérieur. Il existe également un Espace de Réflexion Ethique Associatif (EREA) dont les thèmes de réflexion sont plus généraux. L'accès aux soins des personnes vulnérables est facilité, l'accès aux personnes vivant avec un handicap également, cependant certaines structures extra hospitalières sont peu adaptées à l'accueil de patients PMR. Pour autant les pratiques permettent d'assurer des soins à tous. L'établissement a mis en place une vaste politique de réhabilitation patrimoniale présentée lors de la réunion d'ouverture et confirmée dans le schéma directeur immobilier. La politique et le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) font l'objet de bilans réguliers en Comité de pilotage Qualité-Sécurité des soins où sont présents tous les pilotes de processus ainsi qu'en Commission Des Usagers. Cette politique, appuyée par la gouvernance trouve son levier d'action avec le service qualité de l'établissement et le déploiement dans l'ensemble des pôles clinique de correspondants qualité. Le PAQSS est basé sur les évolutions réglementaires, les résultats d'audits et prend en compte les résultats des questionnaires de satisfaction, les recommandations des représentants des usagers. La base documentaire de l'établissement, accessible à tous, intègre les recommandations de bonnes pratiques

contribuant à la mise à jour des procédures existantes. Cependant, les experts ont constaté lors des audits et des entretiens avec les équipes que les actions du PAQSS, les indicateurs et les recommandations des usagers sont connues par les professionnels de manière hétérogène. Le travail en équipe est favorisé et les temps de présence médicaux et paramédicaux permettent non seulement les réunions cliniques, essentielles en psychiatrie, mais aussi des temps d'échanges institutionnels. Le temps de chevauchement entre équipe du soir et du matin permet de créer des espaces collectifs d'élaboration du soin. La gouvernance soutient le développement des compétences en favorisant des actions de formation continue et la promotion professionnelle ceci au-delà du pourcentage budgétaire obligatoire. Il n'a pas été mis en place de dispositifs particuliers d'amélioration du travail en équipe ou de synchronisation des équipes mais l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels est recherchée. Des modalités de remplacement existent, notamment sur la base d'heures supplémentaires volontaires et peu de recours à l'intérim. L'ensemble de l'encadrement est formé au management d'équipe. Tous les cadres de santé sont titulaires du diplôme de Cadre De Santé. Les autres managers, y compris médicaux sont formés au management dans le cadre de la politique associative. La politique QVT, formalisée et actualisée en 2024, est basée sur le projet social et sur un questionnaire adressé à l'ensemble du personnel réalisée en 2022. On retrouve des éléments de cette politique dans les accords locaux et au quotidien des activités (journée dédiées, jeux concours). Cette politique est intrinsèquement liée à la politique d'attractivité de l'établissement, condition impérieuse dans le contexte de déficit de professionnels Le projet architectural de l'établissement a fait l'objet de nombreuses réunions de concertation pluri professionnelles. L'intégration des nouveaux salariés et leur fidélisation a fait l'objet d'une réflexion, notamment pour le personnel soignant et pour les internes en médecine. En cas de conflit ou de tension interne les agents savent interpeller la psychologie du travail, ressource permettant une régulation autant que les supervisions d'équipes. L'établissement est dit "de troisième ligne" dans le plan zonal sauf en ce qui concerne le dispositif d'urgence Médico-psychologique. Il a formalisé et validé son plan blanc, qui comporte les différents dispositifs ORSAN conformément au guide méthodologique et un volet cyberattaque. La cellule de crise est opérationnelle et les modalités de son rappel ont été testés en réel dans la cadre d'un évènement interne. Ce rappel et cet évènement ont fait l'objet d'un retour d'expérience. Cependant le volet organisationnel et les fiches reflexes ne sont pas intégrés dans le plan blanc. Lors des différents audits auprès des professionnels, les réponses concernant les modalités de rappel en cas de plan blanc restent hétérogènes. La protection des personnes et des biens est assurée, un poste d'accueil gère les accès 24/24. Le Plan de Sécurisation de l'Etablissement est formalisé et les risques spécifiques liés aux patients ont été identifiés. Le Centre Hospitalier Sainte Marie n'a pas formalisé de politique de développement durable mais a intégré ses objectifs en la matière au sein de son projet d'établissement ; l'ensemble des éléments la constituant, au travers de nombreuses thématiques, montre l'intérêt de l'établissement pour le sujet. . Un référent est identifié et l'ensemble des indicateurs concernant les consommations en énergies est suivi. Le projet architectural en cours prend en compte le développement durable. Cependant les experts-visiteurs n'ont pas noté d'actions de sensibilisation sur la protection de l'environnement, le tri des déchets ou le développement durable auprès des professionnels et des patients. Le processus de gestion des urgences vitales a été entièrement audité, les procédures sont à jour, le personnel est formé régulièrement et détenteurs de l'AFGSU, un matériel dédié (sacs à dos, défibrillateurs, oxygène) est présent dans les unités et leur fonctionnement est régulièrement tracé. L'établissement n'a pas mis en place d'exercice de simulation en situation réelle au sein des unités, par contre des exercices sont organisés lors de la semaine de sécurité des patients, avec un matériel identique aux unités de soins, et des scénarii adaptés aux situations rencontrées Un numéro d'appel unique existe, cependant en début de visite les experts ont constaté que ce numéro faisait l'objet d'un affichage confus, engendrait des réponses diverses de la part des interlocuteurs. L'établissement a, au cours de la visite, simplifié cette affiche. Également, le déménagement des unités dans des lieux provisoires a généré des défauts d'affichage sur l'emplacement du matériel de secours, en cours de révision au moment de la visite. L'établissement évalue peu ses pratiques, et leurs pertinences, de manière formalisée. La politique qualité trouve sa déclinaison sur le terrain par le biais des correspondant qualité polaire et de réunion dédiées. Cette organisation a pour effet une

bonne connaissance, du top management, du processus de gestion des risques à posteriori, de la déclaration à l'analyse systémique par les pôles et un effet de boucle de retour vers le service qualité. Les synthèses de ces analyses et les plans d'action restent cependant dans les pôles et ne redescendent pas vers les équipes de proximité, ne permettant pas à l'ensemble des unités d'être informé des risques pouvant survenir et des actions susceptibles de les atténuer. L'établissement recueille les indicateurs nationaux et les résultats de ceux-ci et font l'objet d'une analyse partagée en commission médicale d'établissement, en commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en commission des usagers. L'établissement a mis en œuvre les bonnes pratiques d'identification des patients qui ont permis de mettre en place l'Identifiant National de Santé. Une promotion du dossier médical partagé et de "Mon Espace Santé" est faite via les infirmiers lors de l'admission des patients. 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 : Impliquer les professionnels dans la démarche qualité particulièrement concernant les résultats cliniques, l'expérience patient, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins. S'assurer que les restrictions d'accès à des objets font l'objet d'une décision médicale adaptée à chaque patient.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	630786754	ASSOCIATION HOSPITALIERE SAINTE MARIE	12 rue de l'hermitage-cs20099 Cs 20099 63407 CHAMALIERES FRANCE
Établissement géographique	060788379	CMP CAGNES SUR MER - CHS STE MARIE DE NICE	65 avenue de la gare 06800 Cagnes-Sur-Mer FRANCE
Établissement géographique	060787876	CMP RAIMBALDI - CHS ST MARIE DE NICE	26 boulevard raimbaldi 06000 Nice FRANCE
Établissement géographique	060787835	CPJ STE AGATHE - CHS STE MARIE DE NICE	6 boulevard general delfino 06300 Nice FRANCE
Établissement géographique	060787587	CMP MENTON ST MICHEL - CHS ST MARIE DE NICE	16 rue prato 06500 Menton FRANCE
Établissement géographique	060020047	C.M.P. LE REMBRANDT - CHS STE MARIE DE NICE	58 boulevard general delfino 06000 Nice FRANCE
Établissement géographique	060019643	C.M.P. DU CHS SAINTE MARIE DE NICE	Place du general de gaulle 06260 Puget-Theniers FRANCE
Établissement principal	060780996	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MARIE	CS 41519 87 avenue joseph raybaud 06009 Nice Cedex 1 FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
2	Audit système			
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Traceur ciblé			EI critique ou presqu'accident
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Audit système			
11	Audit système			
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

19	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé			El critique ou presque accident
24	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
25	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé	

			Tout l'établissement	
26	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
27	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
28	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
30	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
31	Traceur ciblé			Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE
32	Audit système			
33	Audit système			

34	Audit système			
35	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
36	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
37	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Audit système			
42	Audit système			
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Audit système			
46	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte	

47			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
48	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
49	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
51	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
55	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
56	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Audit			

58	systeme			
59	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
60	Audit système			
61	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
62	Audit système			
63	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
64	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
65	Audit système			
66	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires

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

