



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES

10 camin René Pietruschi
06105 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	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	23
Annexe 3. Programme de visite	27

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 avec mention.

Présentation

HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES	
Adresse	10 camin René Pietruschi 06105 Nice FRANCE
Département / Région	Alpes-Maritimes / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

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	060010808	ASSOC GEST RESIDENCE MEDICALE DES SOURCES	06105 NICE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

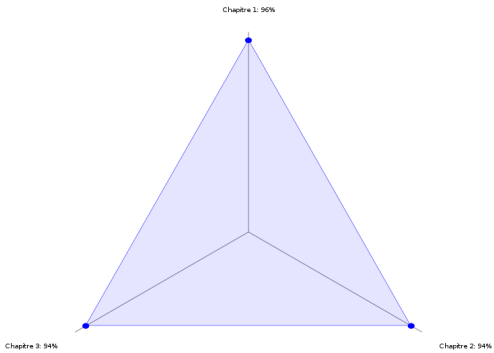
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

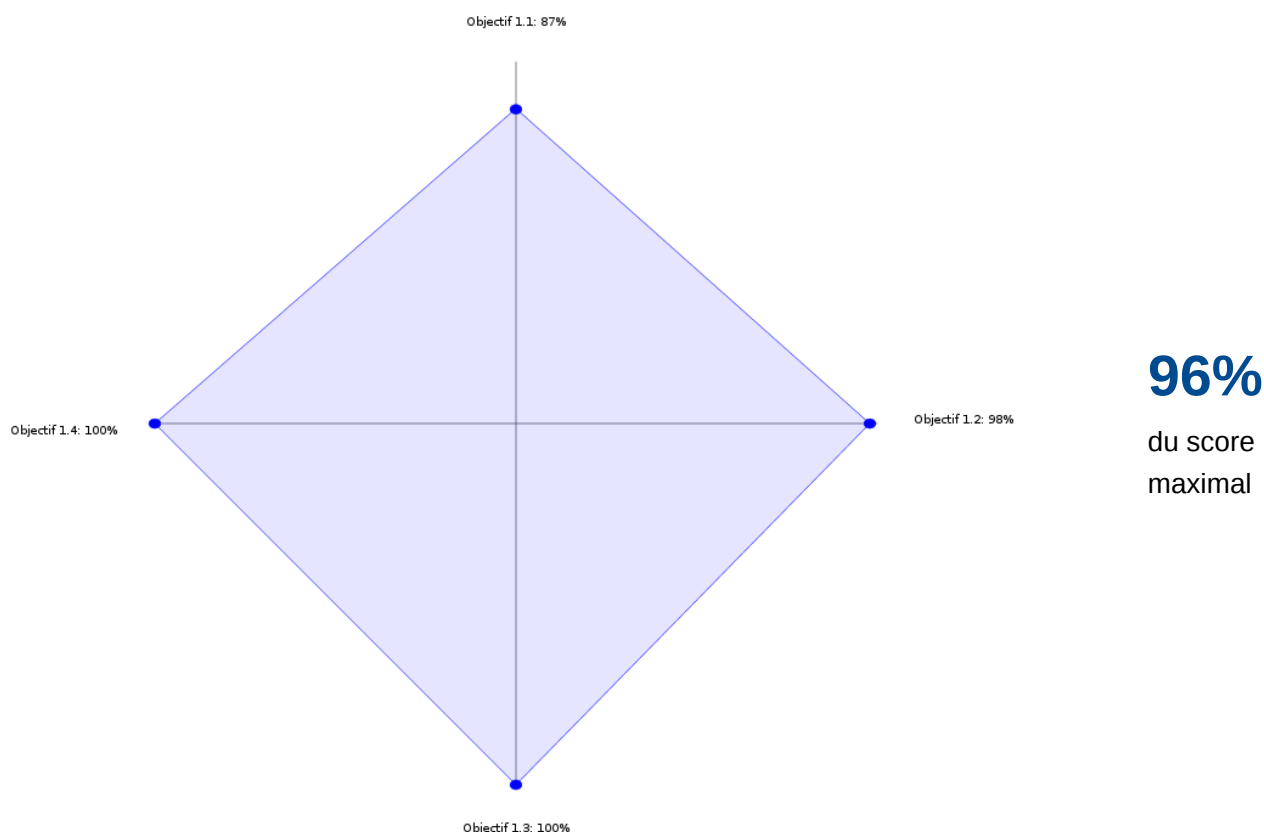
Au regard du profil de l'établissement, **100** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

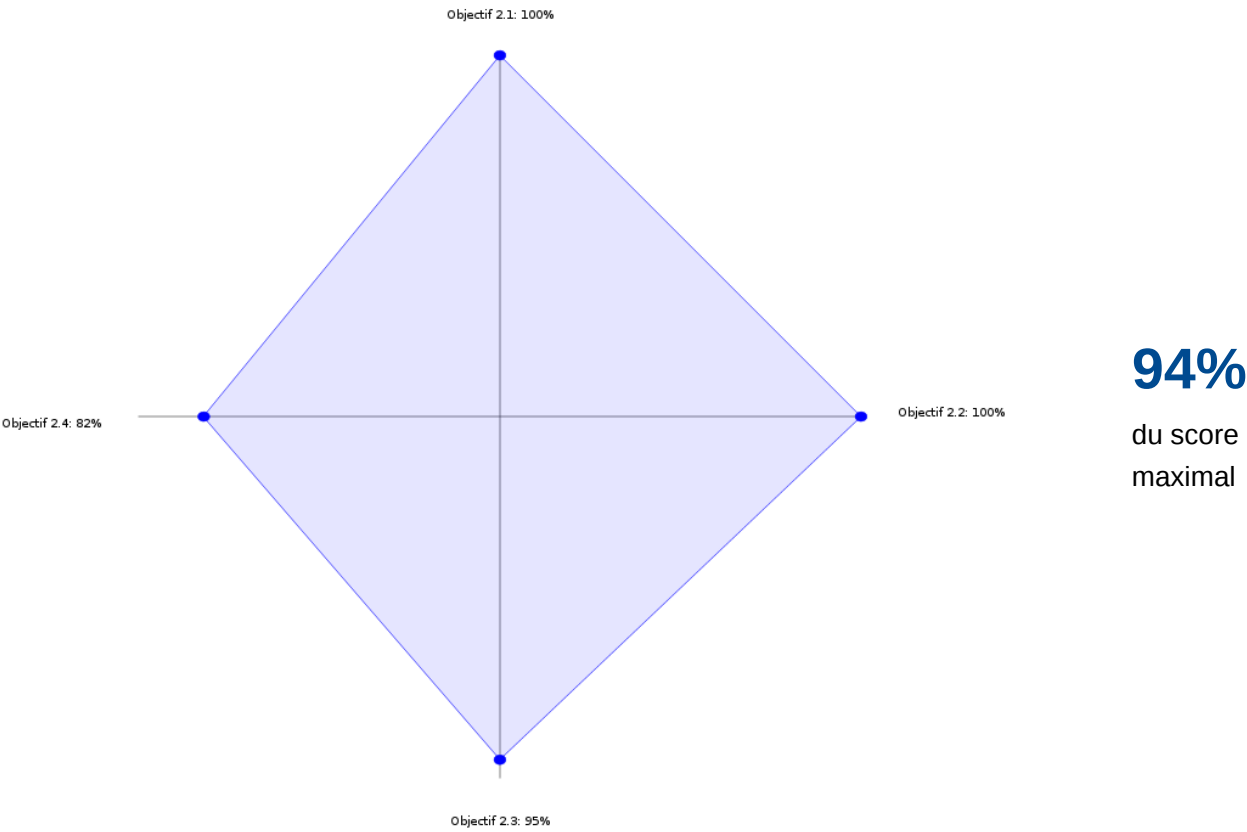


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	87%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le patient admis à L'Hôpital Privé Gériatrique Les Sources (HGPS) reçoit globalement une information adaptée concernant sa prise en charge tout au long de son parcours de soins ; les équipes s'attachent à rechercher son consentement et l'expression de ses volontés, en particulier en situation de fin de vie. Des supports d'information concernant la transfusion accompagnent l'information communiquée au patient. En ambulatoire, un document expliquant les modalités de prise en charge est délivré au patient qui reçoit en amont toutes les informations utiles à l'organisation de la prise en soins. L'adhésion du patient à son projet de soins et son implication sont soutenues par l'équipe, en particulier à travers des actions éducatives adaptées, dans l'ensemble des secteurs. Quand cela est pertinent, les équipes délivrent des messages de prévention. Malgré la disponibilité des informations concernant leurs droits, dans le livret d'accueil et par voie d'affichage, les

patients ne connaissent pas tous l'existence des représentants des usagers (RU) ni les modalités d'expression de leur satisfaction ou encore la possibilité de soumettre une réclamation ou une plainte et de déclarer un évènement indésirable associé à leurs soins. Le recueil de la non-opposition à l'alimentation du DMP est assuré au bureau des admissions ; malgré cela, l'information n'est pas intégrée par les patients, souvent très âgés, y compris en ce qui concerne l'usage de la messagerie sécurisée. Le recueil de la personne de confiance est assuré mais la distinction avec la personne à prévenir n'est pas claire pour tous les patients. Le support de recueil de la personne de confiance permet au patient de préciser s'il a rédigé ou non des directives anticipées et l'information est disponible dans le livret d'accueil. Pour autant, la plupart des patients rencontrés ne connaissent pas ce que sont les directives anticipées. Les patients rencontrés ont souligné la qualité de l'accompagnement assuré par les équipes, accompagnement respectueux et personnalisé qui facilite le maintien ou la récupération des capacités du patient. L'équipe ajuste son assistance aux besoins et handicaps du patient, besoins qui font l'objet d'une évaluation régulière. Les chambres sont spacieuses, disposant toutes d'une salle d'eau privative et d'une terrasse. L'établissement a fait le choix d'afficher sur les portes le choix du patient à laisser sa porte fermée ou ouverte. Cependant, dans tous les services, les portes sont équipées d'oculus qui sont occultés lors des soins. Les patients interrogés à ce sujet n'ont pas fait état d'une gêne particulière face à ce manque potentiel d'intimité et l'établissement a réengagé en cours de visite une réflexion à ce sujet. Le recours à la contention mécanique est justifié, prescrit ; des outils dans le dossier informatisé permettent la traçabilité du suivi, de la surveillance de sa tolérance ainsi que de sa réévaluation. Les patients témoignent de l'évaluation régulière de la douleur et de sa prise en soins adaptée ; la traçabilité régulière de cette évaluation est retrouvée dans les dossiers et le choix des échelles est adapté à la situation du patient. Des modalités de prise en soins non médicamenteuses sont proposées. Le projet de soins ou projet de vie en SLD est coconstruit avec le patient et prend en compte ses besoins et attentes, en particulier dans les situations de handicap. Selon les situations et avec l'accord du patient, ses proches sont impliqués dans sa mise en œuvre. Dans les situations qui le nécessitent, la présence de l'entourage est facilitée : adaptation des horaires de visites, présence nocturne etc... Un studio est mis à la disposition des familles éloignées. La prise en compte des conditions de vie habituelles est réalisée précocement au cours du parcours de soins grâce à un travail collaboratif de l'ensemble de l'équipe. Une assistance sociale intervient dans les situations qui le nécessitent en lien avec les structures de coordination du territoire ; le service de SLD propose des places agréées à l'aide sociale. En SLD, les habitudes de vie font l'objet d'un recueil à l'admission pour être prises en compte dans l'élaboration du projet de vie ; l'équipe favorise le soutien du lien social à travers la diversité des activités socio thérapeutiques dont le planning est affiché : ateliers variés dont certains s'inscrivent dans une démarche écoresponsables, organisation de petits déjeuners « comme à l'hôtel »...De nombreux espaces conviviaux (salons, cafétéria...) participent de ce maintien du lien social.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



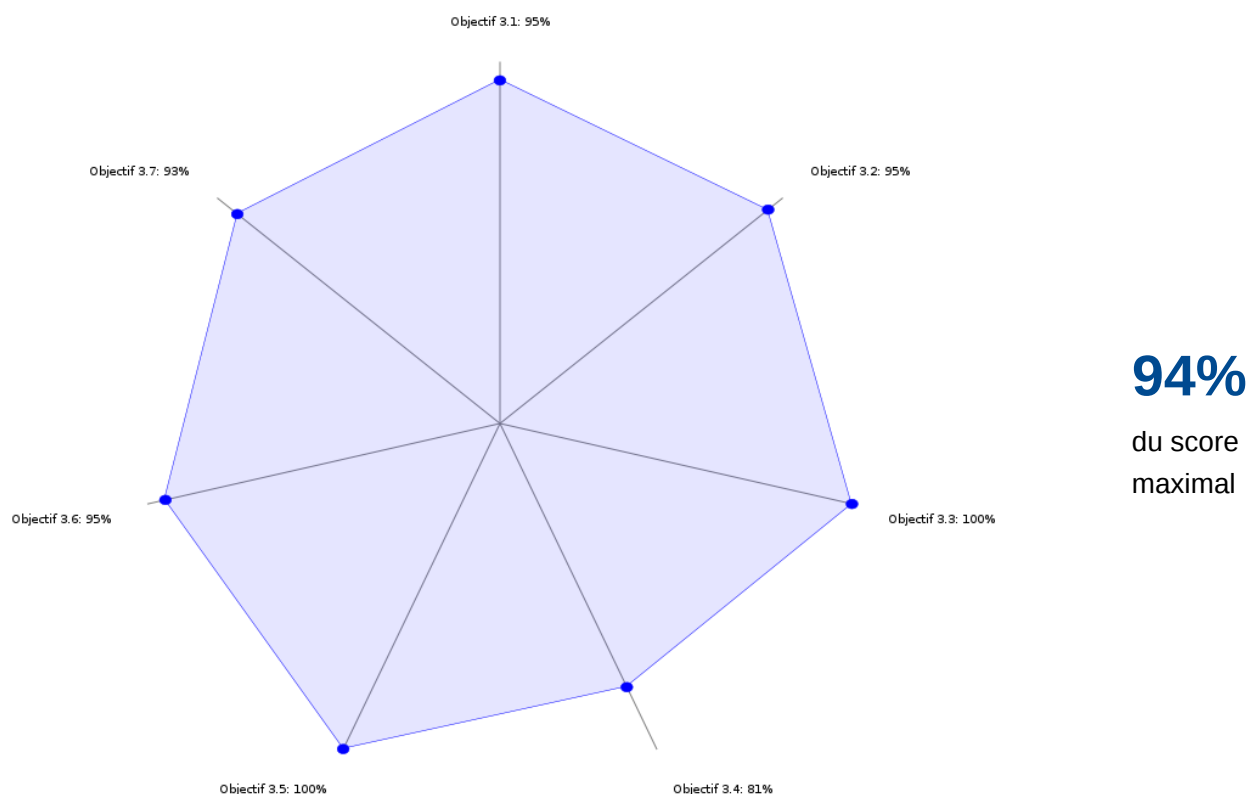
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	82%

La pertinence des parcours bénéficie d'un travail collaboratif des équipes grâce aux réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) et, pour les admissions en SMR ou en SLD, en commission d'admission (ou en commission mouvement). En cas de mutation interne, l'équipe amenée à prendre le relai de la prise en charge évalue la pertinence de l'orientation. Par exemple, au sein du parcours plaies et cicatrisation, les demandes de prise en soins sont orientées vers les modalités les plus adaptées (consultation initiale ou admission en hospitalisation). Le recours à l'HAD est régulier, en particulier pour la prise en charge des plaies par thérapie à pression négative. L'antibiothérapie est justifiée et réévaluée ; un système d'alerte est disponible dans le DPI et une RCP hebdomadaire s'assure de la pertinence des antibiothérapies. Les praticiens peuvent s'appuyer sur une expertise (infectiologues) interne et externe et sont formés au bon usage des antibiotiques. La pertinence

des PSL est réfléchi en équipe et argumentée. Une revue de pertinence a été réalisée au 1er quadrimestre 2024, portant sur 85 dossiers et des axes d'amélioration posés. Les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire grâce à une équipe médico-soignante et de rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, EAPA, diététiciennes, psychologues, orthophoniste, assistantes de service social), d'animateur pour le SLD et la coordination de ces professionnels pour prendre en soin le patient est effective, dans le respect de ses choix. Selon les typologies des patients, divers ateliers permettent de personnaliser et d'adapter les prises en soins. L'articulation entre les différents modes de prise en charge (consultations, hôpital de jour, hospitalisation complète) est coordonnée et anticipée. Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires faisant appel aux compétences diversifiées disponibles, permettent, dans tous les secteurs d'activité, de réévaluer et d'adapter la prise en charge des patients. La démarche palliative est effective ; l'activité des lits identifiés en soins palliatifs est temporairement suspendue mais les équipes peuvent avoir recours à l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs ; la réflexion autour des décisions de LATA est organisée en lien avec des expertises extérieures à la structure. La conciliation médicamenteuse est en mise en œuvre en médecine et en soins continus ; les typologies de prise en charge et les profils de patients sont identifiés. Le dossier du patient est accessible à tous les professionnels impliqués dans sa prise en charge, qui assurent une traçabilité de leurs interventions. Les praticiens de l'établissement ont accès au DMP. Les documents nécessaires à la continuité des soins (lettre de liaison, CRH, prescriptions médicales...) sont conformes, remis au patient, transmis aux médecins qui assurent le suivi du patient et intégrés au DMP quand le patient ne s'y oppose pas. Les équipes sont engagées dans une démarche de maîtrise des risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identitovigilance sont connues et respectées. Le dispositif de gestion des vigilances sanitaires est opérationnel. Le circuit du médicament, et en particulier celui des médicaments à risque, bénéficie d'une sécurisation de toutes ses étapes. L'analyse pharmaceutique est effective ; l'accès au dossier pharmaceutique est opérationnel et la dispensation adaptée aux besoins des services. L'administration (ou la non-administration) fait l'objet d'une traçabilité rigoureuse. Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation des médicaments à risque ; ceux-ci sont identifiés ; la liste des médicaments à risque est adaptée à l'unité et les règles de stockage sont respectées. Le bilan thérapeutique est retrouvé dans la lettre de liaison mais intègre parfois, non pas le traitement habituel du patient mais son traitement à l'admission et il n'existe pas de support d'information destiné au patient vulnérable en dehors. La sécurité transfusionnelle maîtrisée à toutes les étapes : transport, traçabilité, suivi du taux de destruction. Les protocoles de PEC et les précautions sont connus et appliqués. Les professionnels sont formés. Le dispositif fait l'objet d'un travail collaboratif régulier avec l'EFS et la coordination régionale. Les équipes maîtrisent le risque infectieux dans tous les secteurs d'activité. L'Equipe Opérationnelle d'hygiène est opérationnelle sous l'égide d'une IDE hygiéniste et d'un médecin hygiéniste. Les équipes connaissent et appliquent les bonnes pratiques, tant en matière d'hygiène des mains que de précautions standards et complémentaires. La prévention du risque infectieux fait l'objet d'une politique d'évaluation des pratiques dans toutes ses dimensions et d'un accompagnement de l'EOH mais aussi de l'encadrement de proximité. Le suivi de la consommation des solutions hydroalcooliques est réalisé à l'échelle de l'établissement mais aussi transmis pour chaque secteur d'activité. En balnéothérapie, le parcours et l'information du patient sont organisés avec en particulier un règlement intérieur et des affichages rappelant les bonnes pratiques. La qualité de l'eau fait l'objet d'un suivi régulier. En endoscopie, les procédures de prise en charge des dispositifs sont conformes aux bonnes pratiques (identification, suivi, rotation, traçabilité, lavage, désinfection, procédure de séquestration, maintenance...). La check-list est remplie correctement, en présence du gastro-entérologue, de l'anesthésiste et de l'IDE qui coordonne sa complétude. La recherche de risque ATNC est tracée, de même que la prescription d'ATB quand cela est nécessaire. Les locaux sont conformes (marche en avant, hotte d'extraction...). Les dispositifs invasifs sont tracés et suivis et leur pertinence est interrogée. La recherche des facteurs de risque de dépendance iatrogène dès l'admission est effective avec mise en place d'actions de prévention mais l'information du patient est à consolider. Une organisation est en place pour assurer l'accès à la vaccination aux professionnels de santé. L'EOH est engagée dans la campagne vaccination et en assure la promotion. La politique vaccinale est opérationnelle et évaluée. Le service

d'imagerie conventionnelle dispose d'une équipe de professionnels habilités. Les prescriptions sont justifiées et comportent également les conditions de transport à prévoir mais les comptes-rendus d'imagerie ne précisent pas en particulier la quantité de dose reçue ou estimée. Le correctif a été mis en place en cours de visite. Le transport en intra hospitalier est organisé avec une équipe de brancardiers formés, disposant de matériel adéquat et d'un applicatif permettant la planification des transports avec leur suivi. Les équipes n'ont pas présenté de démarche d'évaluation de leurs résultats cliniques. Pour autant elles mobilisent d'autres moyens pour améliorer leurs pratiques. Les équipes ont connaissance des résultats des questionnaires de satisfaction, des éventuelles plaintes et réclamations qui concernent leur unité et participent à la mise en œuvre des actions d'amélioration. La démarche de recueil de l'expérience patient est engagée dans certains secteurs : balnéothérapie, endoscopie. Les représentants des usagers sont informés des résultats des enquêtes. Les équipes se sont approprié leurs résultats d'indicateurs, en particulier les IQSS, et ont mis en place des actions d'amélioration. Elles disposent de leur tableau de bord personnalisé, en particulier en soins continus. La déclaration des EIAS est effective et le circuit est connu ; les équipes sont associées à la démarche d'analyse des causes et des actions d'amélioration sont mises en place et suivies. La structure dispose d'une convention avec un laboratoire d'analyses médicales qui met à sa disposition des préleveurs sur site. Cette collaboration fait l'objet d'un suivi régulier. En imagerie, une organisation est en place pour l'activité externe /interne mais les rendez-vous sont priorisés en fonction des besoins.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	95%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	81%
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	92%

L'HPGS est un établissement de santé privé associatif d'intérêt collectif, spécialisé dans la prise en charge gériatrique. Au jour de la visite, et compte tenu de certaines activités en suspens, l'offre de soins comporte un service de surveillance continue de 10 lits, d'une unité de médecine de 30 lits, d'un service de SMR de 32 lits dont 22 à orientation neuro/locomoteur et 10 à orientation cardiologique et d'un SLD de 75 lits dont 20 en UHR.

Le secteur plaies et cicatrisation dispose de 32 lits (16 en médecine et 16 en SMR). Cette offre d'hospitalisation complète est articulée avec une offre ambulatoire : hôpital de jour de 4 places, plateau technique d'endoscopie et de rééducation (cardiologie) et de consultations pluridisciplinaires. Inscrit de longue date dans les filières de soins pour les pathologies qu'il prend en charge, par exemple pour les plaies et cicatrisation ou encore pour les soins continus gériatriques, il a développé de nombreuses coopérations avec les différents acteurs du territoire, hospitaliers ou autres : CHU de Nice, services d'urgences, centre cardiothoracique de Monaco entre autres mais aussi structures de coordination (C3S) ; il accueille dans ses locaux la CPTS de Nice Nord et collines. L'établissement a élaboré son projet d'établissement en cohérence avec les besoins de son territoire au sein duquel il participe à la coordination des parcours (filière soins critiques, filière gériatrique). Dans le cadre d'une politique « d'aller-vers », l'établissement propose une offre de consultations spécialisées, une plateforme d'évaluation gériatrique, une consultation mémoire labellisée et s'est récemment inscrit dans une démarche d'offre de téléexpertise sur la thématique plaies et cicatrisation. En cohérence avec son projet médical, l'établissement est organisé pour prévenir les passages évitables aux urgences des personnes âgées : admissions directes en médecine, avis téléphoniques. L'établissement déploie des moyens de communication facilitant l'accès aux usagers et aux professionnels : accueil téléphonique H24, cartes de visite, site internet, plateforme de prise de rendez-vous en ligne pour certaines consultations. Les outils numériques sécurisés (Mon Espace Santé, DMP, messagerie sécurisée) sont disponibles mais il persiste quelques rares cas d'usage de messagerie non sécurisée. L'alimentation du DMP est opérationnelle, à partir des secrétariats médicaux. L'établissement soutient et participe à des travaux de recherche clinique : direction de thèse ; travaux à l'échelle du groupe (par exemple Programme UNIdanse = impact de la danse sur les troubles cognitifs), travaux de mémoire des DU. L'établissement mobilise le recueil de l'expression du patient à travers notamment l'exploitation partagée de questionnaires de satisfaction ; le recueil de l'expérience patient est engagé dans certains secteurs avec de questionnaires en balnéothérapie et en endoscopie, et à travers la réalisation de patients traceurs. L'expertise patient commence à être mobilisée grâce à deux patients partenaires qui viennent partager leur expérience de leur pathologie (AVC). Un partenariat avec l'association JALMAV est en place pour sensibiliser les professionnels au recueil des directives anticipées avec le support d'un jeu. Des bonnes pratiques de communication sont impulsées : supports d'information mais aussi formations diverses (écoute active, gestion de l'agressivité, du stress) ; la gestion des plaintes et réclamations est organisée, en lien avec les RU et les professionnels. La bientraitance et la prévention de la maltraitance sont portées par l'institution et ancrées dans les pratiques. Des actions de sensibilisation et d'information auprès des personnels sont régulièrement menées en complémentarité des supports disponibles (charte, guide) ; des techniques de soins introduites dans le parcours, en particulier en SLD (salle Snoezelen, casque de réalité virtuelle, jardin thérapeutique, massages ayurvédiques...) participent aux pratiques bientraitantes. Les professionnels ont été formés à la démarche Humanitude dans le but d'accompagner la qualité de vie des personnes aidées, de mettre en place des projets d'accompagnement personnalisés, dans le cadre « d'un prendre-soin bientraitant ». Les risques de situations de maltraitance sont identifiés (cartographie des risques) et connus des professionnels par activité. Les professionnels sont sensibilisés au repérage des maltraitements et connaissent les circuits d'alerte. L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap et du fait de son activité de rééducation fonctionnelle, les locaux et matériels sont particulièrement adaptés. Les personnes en situation de vulnérabilité sont repérées et font preuve d'un suivi adapté et régulier ; des places agréées à l'aide sociale sont disponibles en SLD. L'accès du patient à son dossier est organisé et le suivi des délais de réponses est communiqué en CDU. L'établissement ne dispose que d'un seul représentant des usagers qui s'implique selon ses possibilités. Il est en particulier allé à la rencontre de quelques patients pour des actions de sensibilisation et d'information. La CDU est opérationnelle et est informée des plaintes et réclamations, des EI, du PAQSS, des IQSS. Il n'y a pas de projet des usagers. La démarche qualité est impulsée par la gouvernance et la politique qualité est déclinée de façon opérationnelle dans chaque secteur d'activité. Sous la coordination du CODIR et de la Responsable qualité, les professionnels ont participé à l'élaboration de cette politique. Ils en assurent le suivi dans leurs instances respectives et dans les groupes de travail dédiés à

l'identification et à la gestion des risques (vigilances, EI et EIG, risque infectieux...). Les projets qualité et le suivi de la mise en œuvre du PAQSS sont présentés dans les différentes structures internes et en CSE. Le management de proximité assure un relai auprès des équipes dont certains membres participent à des travaux en lien avec la qualité et la sécurité des soins. La culture qualité des professionnels, partagée et homogène, est évaluée. L'adaptation de l'activité aux ressources disponibles participe à assurer la qualité et à la sécurité de soins. La responsable des ressources humaines et l'encadrement veillent à l'adéquation des compétences des professionnels avec les besoins de prise en charge pour assurer en permanence la sécurité des soins (formations, e-learning). En cas de besoin, les professionnels peuvent faire des heures supplémentaires ; l'établissement dispose d'un pool de vacataires ou fait appel à une plateforme de gestion des remplacements. Les managers bénéficient de formations et de diverses formes de soutien lors de différents temps d'échange. Le travail en équipe est consolidé par une organisation qui favorise des temps d'échanges réguliers et la coordination des prises en charge ; ce travail collaboratif consolide la dynamique d'équipe constatée lors des différentes rencontres, soutenue par le management de proximité. Les compétences des professionnels sont évaluées lors des entretiens individuels, avec la responsable des RH et l'encadrement, tous les ans (bilan et objectifs). Un plan de développement des compétences est élaboré annuellement et est adapté aux besoins des prises en soins mais ne comporte pas encore de programme intégré d'acquisition et de maintien des compétences. Les professionnels identifient les questionnements éthiques qui émergent à l'occasion des situations auxquelles ils sont confrontés et un état des lieux sur cette thématique a été réalisé à l'aide d'un questionnaire adressé à l'ensemble des professionnels fin 2023; ces questionnements peuvent être abordés dans le cadre de la commission Bientraitance-Droits des Patients ; un comité d'éthique est en cours de constitution et les actions de sensibilisation et/ou de formation des professionnels viennent d'être engagées. En cas de besoin, les professionnels peuvent solliciter l'Espace Ethique Azuréen (structure régionale). La politique QVT a été élaborée et intégrée dans le Projet social. La démarche a été complétée par les indicateurs RH internes (turn-over, absentéisme, accidents de travail...) et les résultats d'une enquête interne pour évaluer le niveau d'engagement des professionnels. La gouvernance a mis en place, dans le cadre du groupe, des dispositifs de soutien des professionnels en cas de besoin. En cas de conflits interpersonnels, les professionnels peuvent recourir en premier lieu à leur cadre de service et si besoin à la Responsable des RH ou à la Directrice de l'établissement. L'établissement a mis en place une réponse globale et coordonnée aux risques. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est organisée et tient compte du RETEX de la crise sanitaire. Le PGTHSSE a fait l'objet d'une relecture partagée avec les équipes médicales, l'encadrement et la CSSCT (Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail) ; les professionnels connaissent le dispositif de crise et sa mise en œuvre. Récemment, un déclenchement de la cellule de crise à la suite d'un début d'incendie a fait l'objet d'un RETEX. L'établissement n'a pas formalisé avec ses partenaires du territoire les modalités d'une mobilisation de ressources si le besoin s'en faisait sentir. Le risque numérique est pris en compte avec en particulier des audits réguliers ; les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident : connaissance du référent sécurité numérique, de son poste, identification des mails frauduleux et blocage... et la procédure dégradée en cas d'incident et ont déjà eu l'occasion de l'appliquer. Le plan de sécurisation a été actualisé en 2024 en tenant compte des EI signalés. Le risque de fugue est repéré comme le risque suicidaire ; les accès sont sécurisés avec une vidéosurveillance et un agent de sécurité (SSIAP1). Un dispositif technique est en place afin d'assurer la sécurité des professionnels et de patients, en lien avec les forces de l'ordre. Les actes de malveillance sont déclarés à l'ONVS. Au regard des enjeux du développement durable, l'établissement a mis en place une démarche structurée et organisée, soutenue par le groupe auquel il appartient, avec une politique et un plan d'actions ; la dimension de maîtrise du risque environnemental a été particulièrement prise en compte lors des travaux réalisés au sein de la structure et a fait l'objet d'un important travail collaboratif avec les équipes de soin et l'EOH au sein de la commission de prévention des risques environnementaux. Le circuit des déchets est organisé et des actions pour améliorer le tri et la valorisation des déchets sont en place. La prise en charge des urgences vitales est organisée avec numéro d'appel unique, formations réglementaires complétées de formations en interne assurées par un médecin

réanimateur et une IDE du service de soins continus, matériel uniformisé et régulièrement vérifié selon un planning établi, et exercices de mise en situation suivis d'un RETEX. L'établissement assure une veille documentaire ; les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont diffusées aux équipes essentiellement par le biais de la mise à jour de procédures et protocoles, mise à jour qui mobilise les référents (EOH par exemple). Le programme d'actions institutionnel prend en compte le retour des différents recueils de l'expérience patient et les contributions des usagers. L'établissement assure le pilotage de sa démarche d'amélioration de la qualité avec un tableau de bord qui regroupe les indicateurs les plus pertinents définis pour chaque processus et qui est partagé au sein de l'établissement (instances et sur le terrain). Chaque trimestre, les services reçoivent leur tableau de bord avec leurs résultats QSS (IQSS, EI, EIAS, CREX, audits...). Le dispositif de gestion des EIAS est en place, connu des professionnels qui participent à l'analyse et à la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les EIG sont le plus souvent déclarés sur le portail de signalement. Le dispositif d'annonce d'un dommage lié aux soins est opérationnel et associe le cas échéant, les représentants des usagers. Les gastroentérologues intervenant au sein de l'équipe médicale sont accrédités. RISQUE NUMERIQUE La gouvernance et les professionnels de l'HPGS sont impliqués et sensibilisés à l'importance de la sécurité numérique. L'HPGS a su pallier l'absence prolongée du RSSI nommé, par le recrutement d'un DSI adjoint assurant la continuité du maintien en sécurité numérique de l'établissement en lien avec le DSI et le RSSI du groupe UNIVI auquel appartient l'établissement. Le schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) de l'établissement sera prolongé par un SDSI de convergence avec le groupe. Des audits sécurité sont réalisés annuellement (6 par an) avec un plan d'action mis à jour en conséquence, et suivi avec échéances précisées. Le dernier incident significatif survenu en 2017 a été déclaré aux instances compétentes comme attendu. Un comité de suivi des difficultés informatiques signalées par les utilisateurs est appelé "SOS informatique". Il se réunit mensuellement. Des événements indésirables numériques sont déclarés par ailleurs. Le PGTHSSE comporte un volet numérique. Le plan PCA/PRA est mis en œuvre. Les procédures de fonctionnement en mode dégradé et de reprise de fonctionnement normal existent et sont connues des professionnels. Les comportements en cas de cybercrise sont connus par les professionnels ainsi que les modalités de signalement. Les personnes à contacter sont identifiées et rapidement disponibles. Les accès au DPI sont sécurisés : Une charte d'accès et d'usage du Système d'Information (SI) du groupe UNIVI est diffusée au moment de l'ouverture des droits au SI. Une procédure d'ouverture de droits est écrite. Le formulaire de demande est validé par le manager. L'ouverture des droits est formellement autorisée par la direction. Une matrice de droits guide la gestion de ces droits (ouverture et fermeture). Les comptes utilisateurs sont nominatifs. Des comptes génériques sont cependant utilisés pour les intérimaires, utilisation couplée à la notification dans un registre des date/heure des prises de poste afin d'identifier indirectement les comptes utilisés. Une solution est en cours de réflexion afin de les supprimer. Le stockage de données sur le disque dur local est interdit par la charte d'accès au SI. Les mots de passe sont composés d'un minimum de 8 caractères (chiffres, lettres et caractères spéciaux). Le renouvellement des mots de passe est périodique et obligatoire (tous les 3 à 6 mois). Les recommandations de la CNIL de juillet 2022 sur les mots de passe peuvent être réétudiées pour diminuer si besoin cette fréquence. Pour les connexions au SI depuis l'extérieur, un accès VPN est en place avec double authentification. Une sensibilisation de proximité est réalisée par le service informatique. Il n'y a pas de référent SI par secteur. Le travail de sensibilisation réalisé par la référente secrétaire auprès de tous les secrétariats de l'établissement est reconnu. Une bonne connaissance de tous les professionnels est observée sur les conduites à tenir en cas de cyber attaque. Des actions de sensibilisation sont menées avec feuille de présence, re-convocation des absents. La disponibilité du service informatique sur le terrain en cas de nécessité est appréciée par les professionnels. Un exercice de crise cyber a été réalisé avec l'ARS en novembre 2023 sur une demi-journée générant un plan d'action intégré au plan d'action évoqué ci-dessus. Une campagne de phishing a été menée au sein de l'établissement et une autre itération est prévue. Une formation au risque numérique est intégrée à la formation informatique de prise de poste réalisée hebdomadairement. Cette session d'accueil des nouveaux employés sert aussi de moment de formation de rappel pour certains agents, si leur cadre le juge nécessaire. L'équipe qualité réalise en lien avec l'informatique

des fiches réflexes sur le risque numérique. Au final, des actions de sensibilisation-formation existent et méritent d'être regroupées en un plan de sensibilisation-formation pluri-pluriannuel selon l'exigence de la HAS. L'identification des patients dans le SI est sécurisée et l'INS est mis en œuvre. Une procédure d'identification du patient à l'admission et lors de sa prise en charge ainsi qu'une charte d'identitovigilance sont écrites et connues des professionnels. La possibilité d'opposition des patients à voir leur espace santé enrichi par l'établissement est proposée à l'accueil, sans possibilité de saisie de cette information dans le logiciel de gestion administrative. La transcription au DPI se fait au moyen d'un appel téléphonique au service. Le DMP est alimenté par les secrétariats au quotidien après validation des informations par les médecins. Une attention particulière des secrétariats et du bureau des entrées de voir l'INS qualifié favorise cet envoi. Le taux de qualification est de 80 % : il est suivi et fait l'objet d'un plan d'action comprenant un traitement des rejets informatiques ou de saisie. Les médecins ont accès au DMP à partir du logiciel dossier patient Osiris par un lien contextuel ou directement sur le site Ameli au moyen de leur carte CPS. La MSS est utilisée par les secrétariats. Des adresses personnelles MSS sont en cours de création pour les cadres de santé et les assistantes sociales. Même dans les cas où elle pourrait l'être la MSS n'est pas utilisée par tous. Certains envois se poursuivent par des moyens non sécurisés (messagerie Zimbra). L'emploi d'un conteneur Zed est à l'étude. Il existe une information à disposition des patients (livret d'accueil, document administratif d'admission, affichage dans les services) concernant l'usage et les modalités d'accès au dossier médical partagé ou à « Mon espace santé ». Le livret d'accueil est en cours d'actualisation.

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	060010808	ASSOC GEST RESIDENCE MEDICALE DES SOURCES	06105 NICE FRANCE
Établissement principal	060791811	HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES	10 camin René Pietruschi 06105 Nice FRANCE
Établissement géographique	060793239	HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES SLD	10 camin René Pietruschi 06105 Nice FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	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	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	91
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	135
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	59
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	75
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)	2
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Parcours traceur		Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap	
4	Patient traceur			
5	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé	
	Parcours traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète	

6			Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Patient traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
12	Traceur ciblé			Balnéothérapie
13	Traceur ciblé			"Prescription PSL (Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE)"
14	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou

				injectable
16	Parcours traceur		Soins de longue durée Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
17	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
18	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
19	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
	Audit			

20	système			
21	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
22	Audit système			
23	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
24	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation	

28			Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
29	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
30	Parcours traceur		Médecine Soins critiques Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système			
32	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable

33	Audit système			
34	Audit système			
35	Audit système			
36	Audit système			
37	Audit système			
38	Audit système			
39	Audit système			
40	Audit système			
41	Audit système			
42	Audit système			

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

