



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
GERONTOLOGIQUE
DEPARTEMENTAL**

176 avenue de montolivet

Bp 58

13012 Marseille



Validé par la HAS en Décembre 2023

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 – Décembre 2023

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	20
Annexe 3. Programme de visite	24

Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS, comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

| ... et sur des méthodes

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

| Une décision et un rapport rendus publics

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement avec mention.

Présentation

CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL	
Adresse	176 avenue de montolivet Bp 58 13012 Marseille Cedex 12 FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	130001928	CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL	176 avenue de montolivet Bp 58 13012 Marseille 12eme Cedex 12 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

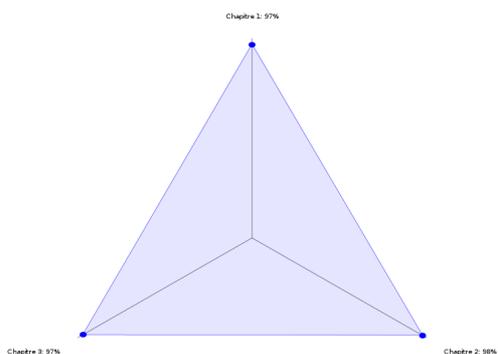
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

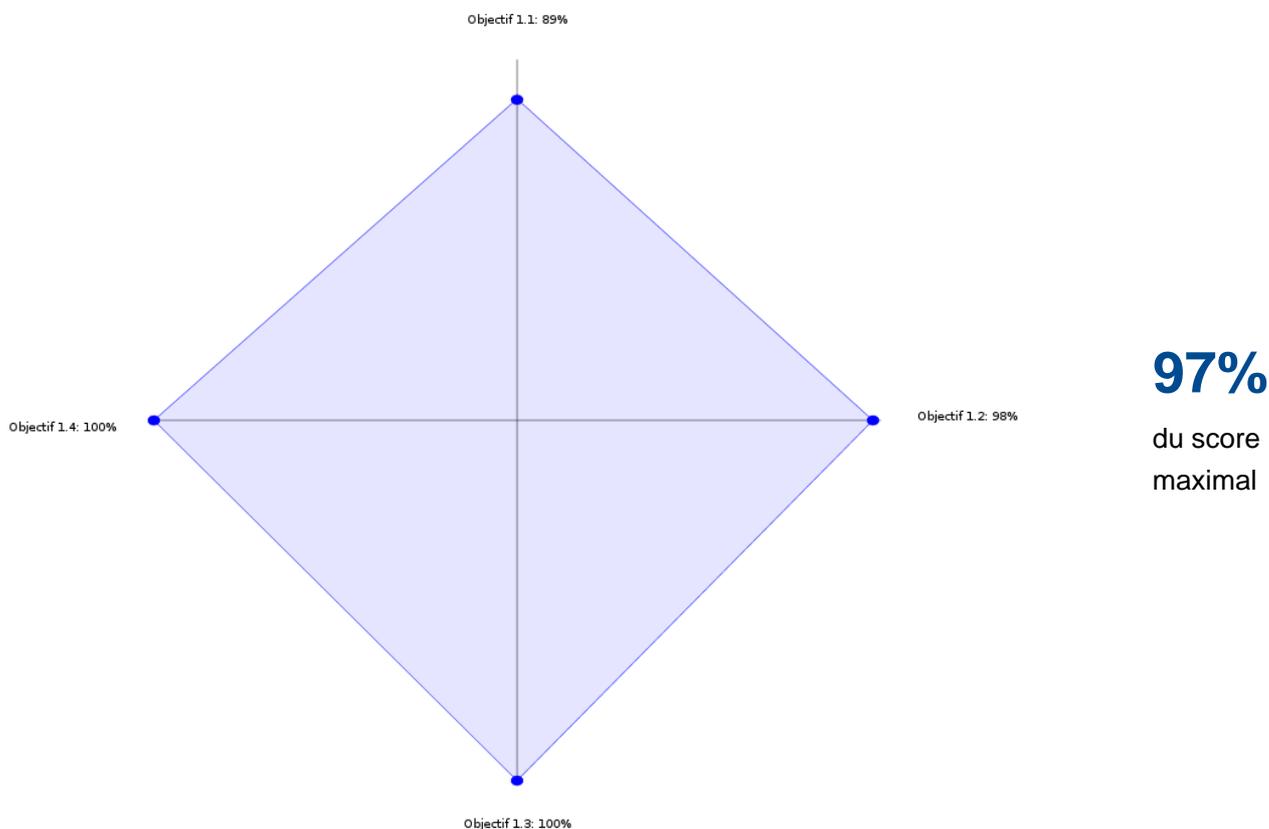
Au regard du profil de l'établissement, [102](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

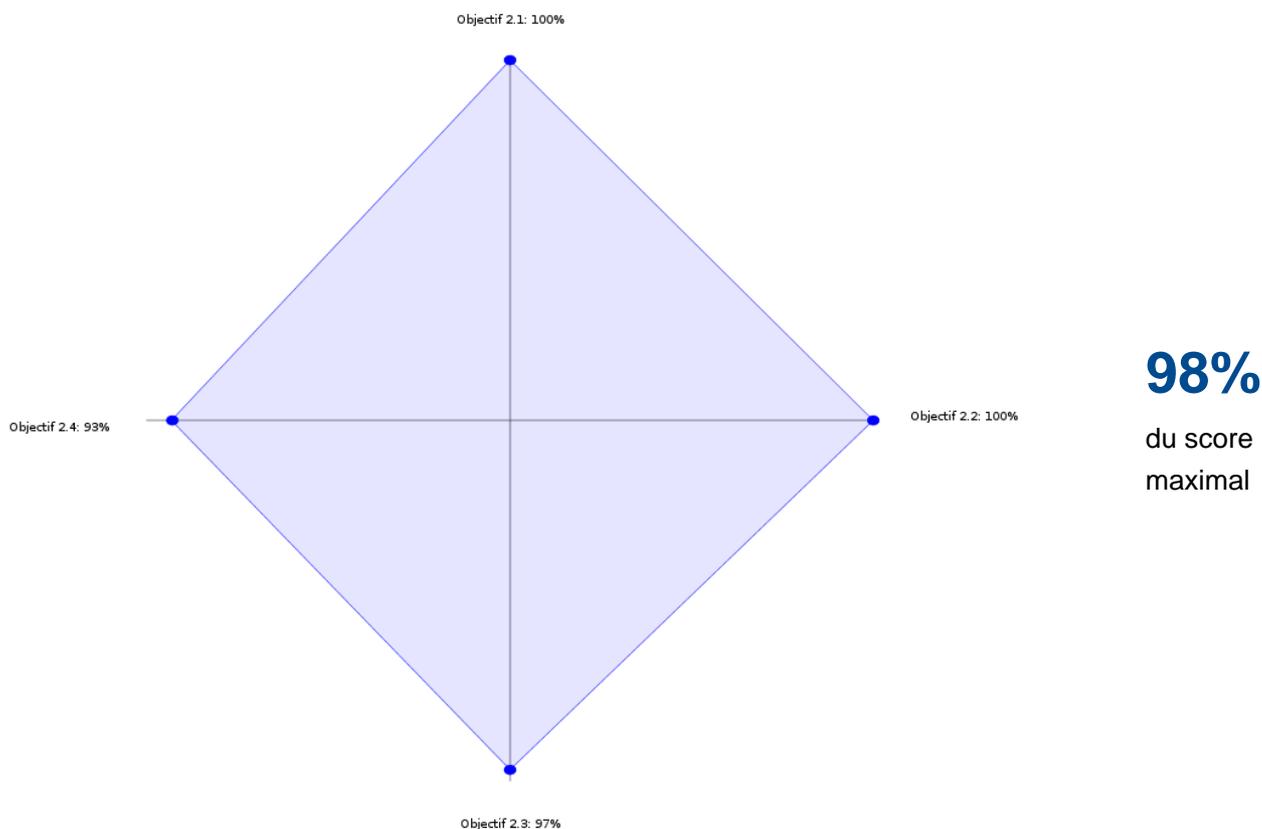


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'établissement accueille des patients âgés avec majoritairement des capacités cognitives amoindries. Les patients, ou les proches dans la mesure où ils sont présents, sont informés à leur arrivée sur leur état de santé et leur devenir, et tout au long de leur prise en charge. Le patient est acteur de sa prise en charge, le consentement libre et éclairé est recherché sur son projet de soins. Les informations données sont adaptées à la compréhension de celui-ci et tracées dans le dossier du patient. Cependant, certains patients traceurs rencontrés disent ne pas être informés. Des messages spécifiques et adaptés permettant d'agir sur la santé du patient sont donnés, oralement ou sur support papier, au cours du séjour selon les besoins (flyers expliquant le traitement ou la pathologie, ...). Quelques messages de santé publique sont affichés (canicule, vaccinations ...). Néanmoins, il n'est pas retrouvé de messages de santé et de prévention primaire à la disposition des

visiteurs et des patients dans les unités, ceux-ci existaient mais ils ont été retirés lors de la période forte de la COVID. Le choix de la personne de confiance est transmis aux professionnels oralement et tracé dans le dossier du patient. Cependant le document de désignation de la personne de confiance n'est pas toujours signé par le patient et par la personne désignée. L'information du patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées n'est pas toujours retrouvé. Cette information est présente dans le livret d'accueil mais les patients rencontrés l'ignorent. Un affichage est présent dans les unités présentant la commission des usagers et ses représentants mais les patients ne connaissent pas toujours la CDU et la manière de contacter les représentants. Majoritairement les patients rencontrés ignorent les modalités pour déclarer tout événement indésirable associé à leurs soins. Cependant l'information est donnée dans le livret d'accueil (page 22). Il n'a pas été vu d'affichage sur toutes les unités. L'intimité et la dignité du patient sont respectés tout au long de sa prise en charge. L'établissement comprend principalement des chambres doubles, un rideau est présent dans toutes les chambres. Les patients-résidents qui s'estiment "chez eux", peuvent demander à garder leur porte de chambre ouverte quand ils souhaitent une interaction permanente avec le service. Cette demande est actée dans les "besoins et préférences" de la personne soignée. En termes de confidentialité, les professionnels répondent à cet attendu cependant dans certaines unités de Soins de Longue Durée le nom des patients est inscrit sur leur porte de chambre sans que la demande ou l'accord du patient soit tracé dans le dossier de soins informatisé. L'établissement explique qu'il était plus aisé pour les patients de se retrouver. L'établissement a mis en place une réflexion pour modifier cette pratique. La douleur du patient est évaluée et anticipée sur des soins douloureux (mobilisation, pansement, ...). L'efficacité est tracée dans le dossier patient. Des échelles sont en place (EVS, Algoplus) et des protocoles de si besoin sont prescrits. Un référent douleur est identifié dans chaque service, et des formations sont en place. Les projets de soins sont retrouvés. Ils sont construits et suivis en réunion pluridisciplinaire (médecins, IDE, aide soignants, diététicienne, kiné, ...). Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge et lors de la préparation de la sortie. L'assistante sociale est sollicitée. Le maintien de l'autonomie est recherché pour les patients âgés notamment présentant un handicap.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

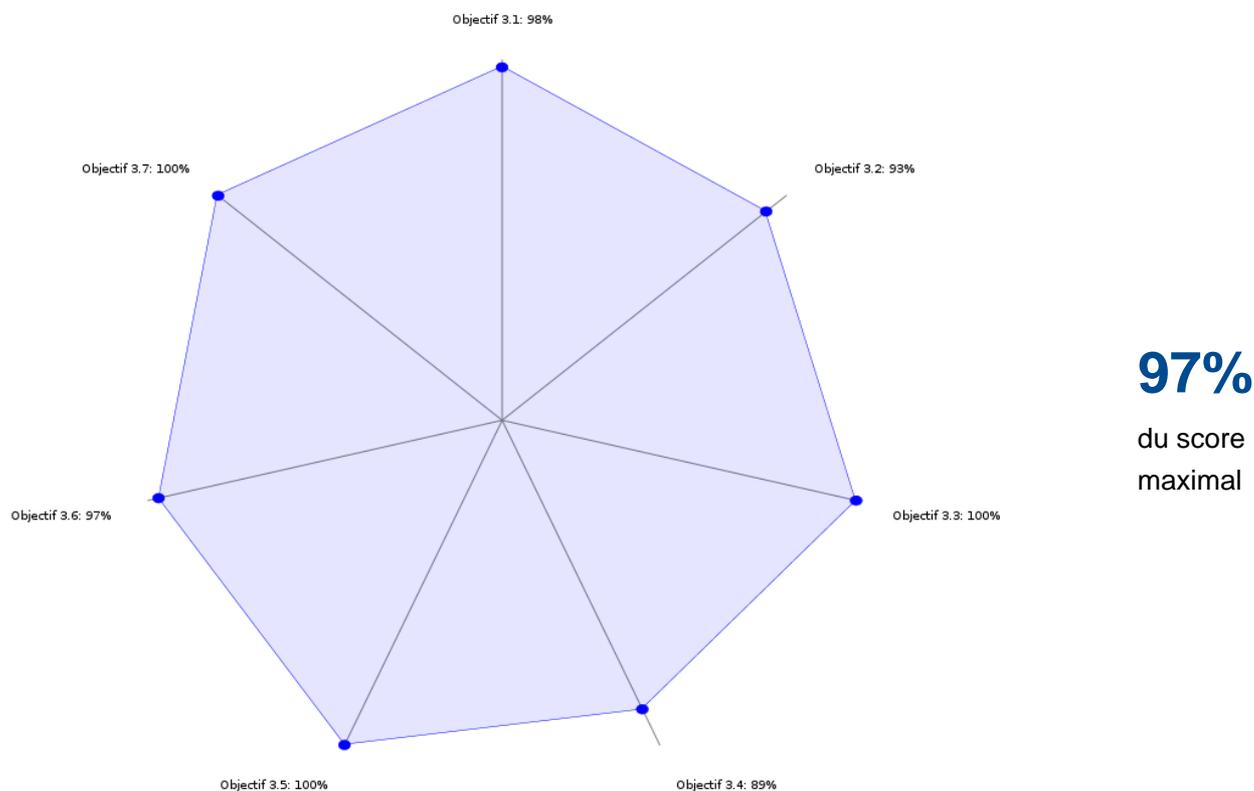


Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

Des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires sont en place et les conclusions sont retrouvées dans le dossier du patient. Ces réunions permettent d'argumenter et d'évaluer collectivement le parcours, les actes prescrits et les prescriptions médicamenteuses. Les professionnels en charge du patient se coordonnent tout au long de la prise en charge. Le dossier est accessible par toute l'équipe y compris les soins de support (kiné, assistante sociale, psychologue, ...). Les spécialistes médicaux et équipes mobiles qui viennent sur place peuvent y accéder. Les demandes de consultations ou examens externes sont tracés et argumentés dans le dossier, un courrier est systématiquement fait et les conclusions sont scannées ou archivées dans un dossier papier. Les risques sont maîtrisés par les équipes, néanmoins les professionnels ne connaissent pas les vigilances réglementaires mais savent citer l'accès aux procédures disponibles dans la GED. Les bonnes

pratiques du circuit médicamenteux sont maîtrisées par tous les intervenants. L'analyse pharmaceutique est en place pour toutes les prescriptions. Cependant, l'accès informatique (lien contextuel) au dossier pharmaceutique (DP) n'est pas opérationnel. Les livraisons sont sécurisées y compris les stupéfiants et les thermosensibles. Les médicaments à risques sont identifiés, une liste est affichée dans chaque service cependant le stockage de ces médicaments ne répondait pas totalement aux attendus. Le premier jour de visite, il a été constaté que tous les médicaments à risque n'étaient pas stockés avec le même niveau de sécurité dans les salles de soins verrouillées. Dans une même salle de soins, certains étaient enfermés dans une armoire verrouillée et d'autres dans des tiroirs non verrouillés. L'établissement a immédiatement réagi à notre remarque en réorganisant le rangement de tous les médicaments à risques avec le même niveau de sécurité (pose de cadenas et intégration dans les armoires verrouillées). Les professionnels sont régulièrement formés, sensibilisés à l'utilisation des médicaments à risque. Un carnet « PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE » édité par la pharmacie en format poche reprend les informations nécessaires pour les soignants dont les médicaments à risques, les 12 « Nevers events », antibiotiques, ...). La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre à l'entrée et la sortie du patient, en utilisant au moins 3 sources. Un profil de patient a été identifié (patient venant d'un service hospitalier et prescription d'un médicament à risque). Le risque infectieux est majoritairement maîtrisé sur les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Lors des rencontres avec les professionnels certains (à la marge) n'avaient pas les ongles courts et portaient des bijoux. Les patients et entourage sont informés sur ces bonnes pratiques par les soignants et un rappel est fait dans le livret d'accueil. Les soignants privilégient le plus souvent la solution hydroalcoolique (SHA) au lavage à l'eau et au savon. Des solutions sont à disposition, les professionnels disposent de SHA en petit format dans la poche de leur blouse, les supports muraux sont rares afin d'éviter le risque d'ingestion par les patients. Concernant l'HAD, les professionnels forment régulièrement les IDEL délivrant les soins. Les équipes suivent le taux de consommation des solutions hydroalcooliques et ont mis en place un « challenge » auprès des professionnels sur le taux d'utilisation. L'établissement a structuré la maîtrise du risque infectieux. Le CLIAS est en place. Les professionnels maîtrisent les précautions standards et complémentaires. Des protocoles actualisés sont à la disposition des professionnels dans la GED. Lors d'isolement les professionnels informent les patients et les proches. Cependant, un patient rencontré n'a pas été informé. Des formations hygiène sont effectuées régulièrement par l'EOH. Dans chaque service se trouve un référent hygiène. La dépendance iatrogène est recherchée pour chaque patient et discutée en réunion pluridisciplinaire. Une réflexion pour réduire ce risque est défini au regard du profil du patient lors de l'élaboration du projet de soins. Cependant, un patient a dit ne pas avoir été informé de ce risque lié à l'hospitalisation. L'établissement se mobilise pour faciliter la vaccination (campagne auprès des professionnels, gratuite). Le taux de vaccination saisonnière est important mais il n'est pas connu de tous les responsables des unités rencontrées. L'établissement évaluent leurs pratiques. Des évaluations de pratiques professionnelles sont en place (Pertinence de la prescription de « Ferinject® » au CSG, bon usage médicaments multidoses, évaluation de la pré désinfection des DM d'odontologie et de pédicurie, ...). De nombreux dossiers sont inclus à ces évaluations sans en avoir l'exhaustivité (pas de trace retrouvée dans un dossier). L'analyse de l'expérience des patients en termes de séjour et de prise en charge est faite à partir des questionnaires de satisfaction par le service qualité ; Cependant, les représentants des usagers, bien qu'informés sur les résultats, ne participent pas à l'analyse. Les événements indésirables associés aux soins sont systématiquement analysés par l'équipe qualité. Les actions d'amélioration sont inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
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	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Le projet stratégique de l'établissement, en cohérence avec le projet régional de santé (PRS), articule l'offre de soins avec celle du territoire, afin de faciliter l'accès aux soins pour le patient. Le répertoire opérationnel des ressources est actualisé. L'établissement contribue au développement des CPTS de son territoire. L'établissement développe une coordination avec les partenaires. Des conventions sont signées permettant

l'accès en cas de besoin aux activités de recours. Les liens inter-médicaux favorise la prise en charge sur l'établissement et les hospitalisations en externe en direct dans les services adaptés évitant les passages en service d'urgence. L'alimentation du dossier médical partagé est faite cependant elle n'est pas réalisée pour le dossier pharmaceutique (difficulté de connexion). Les 2 logiciels ne sont pas comptables, il n'y a pas d'interface pour effectuer une communication opérationnelle. Ce problème ne semble pas dépendre de l'établissement. L'établissement promeut la recherche clinique médicale en son sein et en lien avec d'autres acteurs du territoire. L'établissement recherche l'engagement des patients individuellement et collectivement par l'exploitation des résultats des questionnaires de satisfaction et des verbatims des patients. La présence d'une RU lors de la dernière réunion d'analyse des résultats (avril 2023) n'a pas donnée lieu à des transmissions aux autres RU qui n'ont pu en parler. La commission des usagers a connaissance des éléments afin de proposer des actions d'amélioration. Les résultats sont affichés dans les unités. E-satis n'est pas exploité par l'établissement car le taux de réponses reste à ce jour trop faible. L'établissement peut difficilement mettre en place E-satis en place au vu de l'âge des patients accueillis. Cette saisie est facultative pour l'établissement. L'établissement n'a pas mobilisé d'actions d'expertise des patients à ce jour. Cet objectif reste une action à construire. Néanmoins une représentante des usagers participe à des sensibilisations sur la maladie de Parkinson auprès des soignants. Les professionnels sont sensibilisés au repérage et à la prise en charge de la maltraitance. Des procédures de signalement sont en place, connues et accessibles aux professionnels par la GED. Cependant, le recensement dans le PMSI n'est pas réalisé. L'établissement a pu en faire une extraction lors de la visite, sans analyse. Les services ont des couloirs facilitant la mobilisation des personnes vivant avec un handicap. Les professionnels aident les patients lors des déplacements. Seuls les ascenseurs ne permettent pas une totale autonomie aux personnes présentant un handicap visuel tant patient que visiteur (absence de braille sur les commandes d'étage, ni d'information sonore). L'établissement fait preuve de leadership, il fonde son management sur la qualité/gestion des risques. La politique qualité / gestion des risques est formalisée et revue annuellement. Elle est déployée et suivie par la CME et la direction. Un programme d'amélioration qualité et sécurité des soins est en place, suivi par la gouvernance. Il est construit à partir des diverses évaluations réalisées par l'établissement (satisfaction et expérience du patient, les résultats des indicateurs, les évènements indésirables, les revues de pertinence). Les professionnels connaissent les axes d'amélioration les concernant et participent à leur mise en œuvre. La prise en charge des patients est pluridisciplinaire. Tous les professionnels travaillent ensemble apportant chacun leur compétence dans la prise en charge des patients (Kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, ...). Le travail en équipe est effectif au niveau du service et interservices. Cependant l'établissement n'a pas mis en place de démarches spécifiques renforçant la dynamique d'équipe de type PACTE. La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail inscrite dans le projet d'établissement 2021-2026. Un groupe de référence est en place. Un questionnaire « Baromètre social » est réalisé tous les 2 ans. L'analyse de celui apporte des améliorations de travail aux professionnels comme les horaires de travail, la mise en place du télétravail, ...). L'établissement a mis en place majoritairement des réponses aux risques auxquels il est confronté. Notamment les risques numériques sont maîtrisés (login et mot de passe en place), ainsi que la sécurité des biens et personnes (vigile présent 24h/24). Le plan de tensions hospitalières permet une activation de la cellule de crise en moins de 45 mn, la mise en place de retours d'expérience et des exercices, fréquents pendant la période COVID. Cependant il n'a pas été élaboré avec les professionnels et les représentants des usagers. Au niveau environnemental, il a été constaté au début de la visite des locaux de DASRI non fermés à clef. Après en avoir fait part à l'établissement, des digicodes ont été posés. L'établissement a initié une sensibilisation au développement durable (tri des déchets). Un projet de reconstruction (2023 – 2027) intègre des réponses au développement durable (consommation électrique, ...). L'urgence vitale est assurée. Un numéro unique est en place pour appeler un médecin compétent. Les professionnels sont formés aux gestes d'urgence. Chaque service a accès à un chariot d'urgence, vérifié mensuellement. Cependant, il n'y a pas de mise en situation. L'établissement a mis en place une démarche qualité / gestion des risques impliquant les professionnels dans une dynamique d'amélioration. La gestion documentaire s'appuie sur les recommandations de bonnes

pratiques. La déclaration des événements indésirables est maîtrisée par les professionnels. Le traitement de celles-ci est organisé par un service qualité structuré (CGRAS et Qualiticienne). Des REX auxquels les professionnels participent sont mis en œuvre. Les actions d'amélioration issues des résultats des indicateurs qualité et sécurité, des EPP, ... sont inscrites dans le PAQSS. Celui-ci est connu et accessible informatiquement par tous les professionnels rencontrés.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	130001928	CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL	176 avenue de montolivet Bp 58 13012 Marseille 12eme Cedex 12 FRANCE
Établissement géographique	130809908	CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL - SLD	176 avenue de montolivet 13012 Marseille Cedex 12 FRANCE
Établissement principal	130809015	CENTRE GERONTOLOGIQUE DEPARTEMENTAL	176 avenue de montolivet Bp 58 13012 Marseille Cedex 12 FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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)	Oui
Autorisation de Médecine en HAD	Oui
Autorisation d' Obstétrique en HAD	Non
Autorisation de SMR en HAD	Non
Autorisation de Prise en charge du cancer en HAD	Non
Tout l'établissement	
Existence d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans votre établissement	Non
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Non
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Non
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Non
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Non
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	43
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	5
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	13
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	43
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	5
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	51
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	150
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	25

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Selon liste transmise par l'ES à J1
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	

11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
12	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
13	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable et ou per os de la prescription à l'administration
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée Médecine	
15	Traceur ciblé			Antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
16	Traceur ciblé			Selon liste transmise par l'ES à J1
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation à domicile	

			Médecine	
19	Traceur ciblé			Intrahospitalier assis ou couché
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Hospitalisation à domicile Médecine	
21	Traceur ciblé			Gestion des PSL
22	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
23	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
24	Audit système			
25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
26	Audit système			

27	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation à domicile Médecine	
33	Traceur ciblé			Antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
34	Audit système			
35	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif
36	Audit système			
	Parcours		Tout l'établissement	

37	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
38	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
39	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable et ou per os de la prescription à l'administration
40	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
41	Audit système			

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

