



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL PRIVE
MEDIPOLE DE SAVOIE**

300 avenue des massettes

Cs 10 088

73190 CHALLES LES EAUX



Validé par la HAS en Septembre 2024

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

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

HOPITAL PRIVE MEDIPOLE DE SAVOIE	
Adresse	300 avenue des massettes Cs 10 088 73190 CHALLES LES EAUX Cedex CEDEX FRANCE
Département / Région	Savoie / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	730010048	SAS MEDIPOLE DE SAVOIE	300 avenue des massettes Cs 10 088 73190 CHALLES LES EAUX CEDEX FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

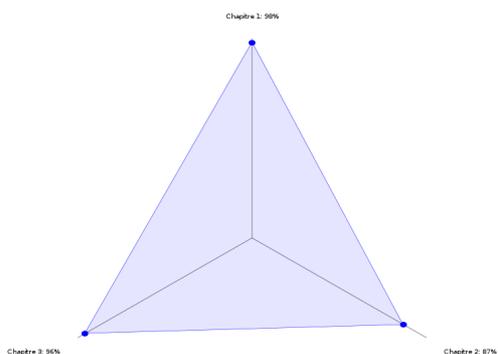
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

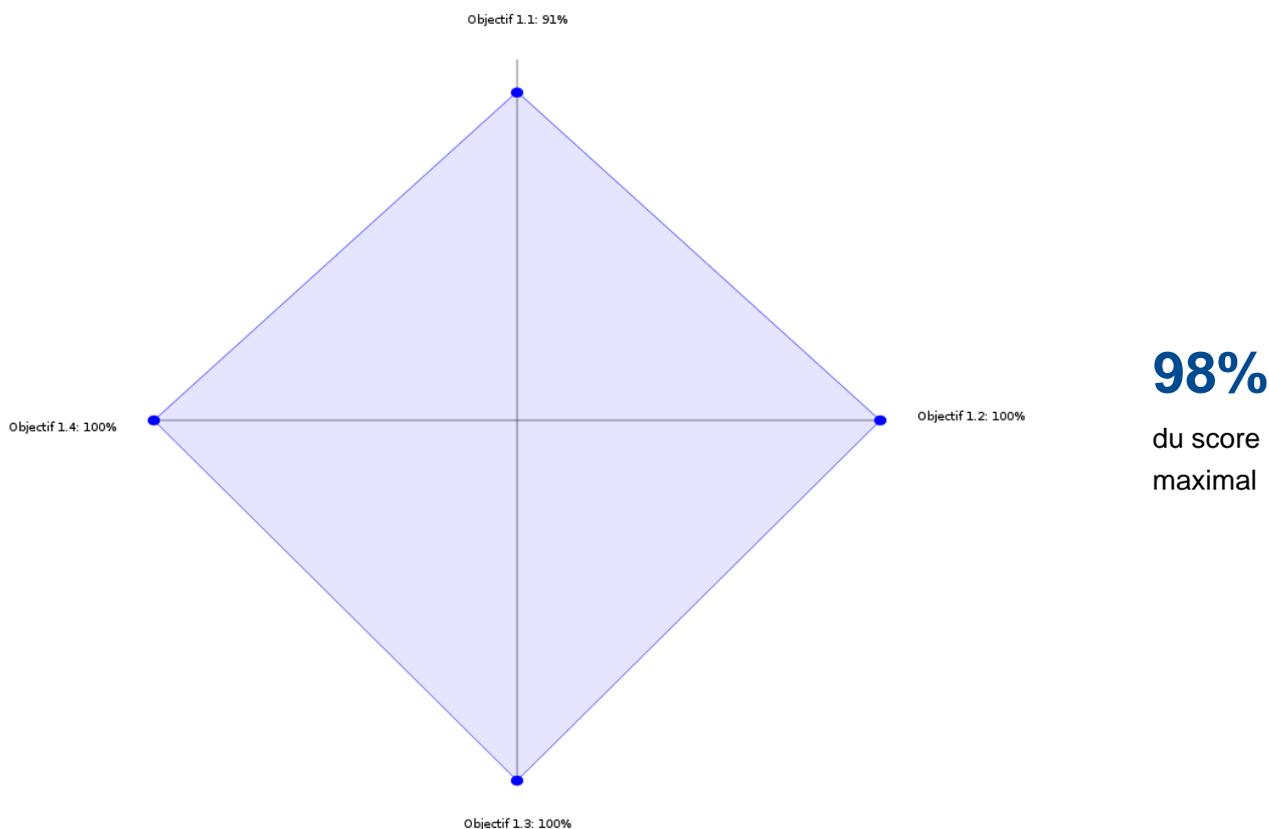
Au regard du profil de l'établissement, **114** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



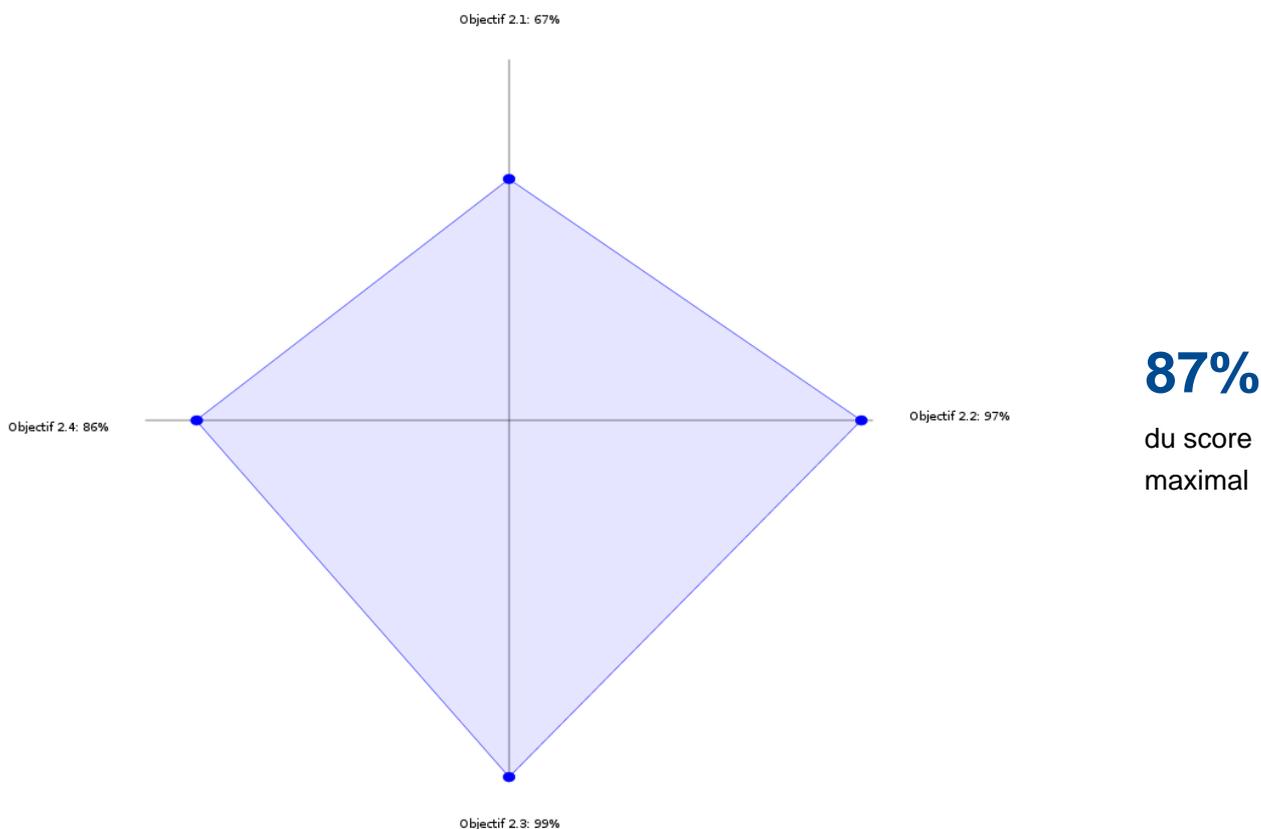
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	91%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'hôpital privé MEDIPOLE, situé à Challes les eau, est composé de 233 lits, 65 fauteuils et 13 box, en hospitalisation complète, hospitalisation de semaine et hospitalisation de jour. L'établissement assure une activité principalement chirurgicale, mais aussi de médecine, de soins médicaux de réadaptation et d'urgence. A ce titre, une convention est établie avec le CHU de Grenoble pour l'activité « SOS mains », avec une permanence de soins. Le patient reçoit une information claire et adaptée en amont de son admission, avec la recherche systématique de son consentement, tenant compte de la réflexion bénéfique/risque discutée avec le patient, tracée dans le dossier patient informatisé (DPI), avec un accompagnement personnalisé des risques liés à sa santé (tabac, iatrogénie, chute). En service ambulatoire, le patient reçoit par SMS les informations nécessaires la veille (horaire d'admission, liste des documents avec un code lui donnant priorité à son

admission). Le jour de son arrivée, sur un écran en salle d'attente ambulatoire, un appel est affiché en temps réel pour sa prise en charge, où la pose d'un bracelet avec un code couleur lui permet d'identifier sa localisation pour son installation (différents salons de couleur aménagés selon la pathologie et l'état de santé du patient à partir d'un algorithme créé en interne pour diminuer le temps d'attente et ajuster au mieux sa prise en charge, selon un circuit long ou Fast-track ou RRAC). Le patient mineur bénéficie d'un dispositif adapté pour son implication (livret d'accueil des enfants, diplôme du courage, utilisation d'une peluche comme objet de médiation pour sa compréhension, identification des mineurs par un nounours sur les portables des brancardiers). Les professionnels médicaux et paramédicaux s'assurent quotidiennement du consentement du patient pour les actes réalisés, avec une traçabilité dans le DPI. Dès le début de l'hospitalisation, un plan personnalisé de soins (PPS) est établi pour chaque patient, avec la participation de l'ensemble des professionnels (médical, paramédical, rééducation, éducation, social, diététique et médico-technique) et celui-ci est régulièrement actualisé en tenant compte des besoins du patient (staff hebdomadaire). En service d'onco-hématologie, sur des lits identifiés soins palliatifs, des soins de support sont proposés (coiffeuse, diététicienne, psychologue, assistante sociale). Trois chartes (droits des patients, Romain Jacob, charte de l'enfant hospitalisé) sont affichées dans toutes les unités et le patient bénéficie d'actions d'informations, d'actions éducatives adaptées (livret d'accueil des enfants), qui favorisent son implication dans sa prise en charge (information sur l'éducation thérapeutique ALTITUDE sur des bornes interactives). Des supports d'information en santé publique sont mis à disposition des patients dans les espaces communs et dans les services. Cependant, les thèmes abordés n'ont pas toujours été retrouvés dans les services. Le livret d'accueil est transmis dans l'unité de soins et à la consultation de chirurgie, avec un accompagnement explicatif par le personnel soignant. Il est composé de différents feuillets détachables (consentement, autorisation parentale...), qui intègrent le DPI. La personne de confiance est tracée dans le DPI à l'admission, ainsi que son droit à rédiger ses directives anticipées, avec la possibilité de faire valoir sa décision. A ce titre, un flyer d'informations porte sur sa définition, son contexte et les modalités de rédaction pour faciliter sa compréhension au patient. Chaque acte (PSL, pose de DMS, soins palliatifs) ou prise en charge (ambulatoire, transfert en HAD) est accompagné préalablement d'information au patient et tracé dans le DPI. La sortie du patient est préparée bien en amont et l'ensemble des documents nécessaires à son retour à domicile ou transfert font l'objet d'explications au moment de leur transmission (actes, dispositifs médicaux), hormis la fiche de liaison de fin de cure à l'hôpital de jour. Des conventions sont établies avec plusieurs HAD pour respecter la proximité du domicile du patient. Les représentants de usagers et associations de bénévoles sont affichés dans toutes les unités et figurent dans le livret d'accueil ; ils ont organisé des permanences dans le hall d'accueil et ont rencontré les professionnels dans les unités, mais ne sont pas connus par l'ensemble des patients rencontrés. Les modalités de déclaration d'une réclamation ou de signalement d'événement indésirable ne sont pas connus des patients rencontrés. L'établissement recueille à l'admission l'adresse mail de chaque patient pour le questionnaire E-Satis et des questionnaires ou enquêtes spécifiques à chaque secteur sont réalisés (questionnaire général, questionnaire urgences/soins externes, questionnaire entourage, enquêtes de prévalence en service de chimiothérapie ...). Des démarches sur le recueil de l'expérience patient ont été réalisées en cancérologie du sein et en chirurgie ambulatoire. La dignité et l'intimité du patient sont respectées, à travers le comportement des professionnels, malgré une architecture datant de 2009 avec de multiples extensions (porte ouverte de chambre à la demande du patient tracée dans le DPI, paravents dans les chambres doubles, salons avec claustres...). L'établissement accueille des patients mineurs, où les parents sont informés et impliqués dans la prise en charge de leur enfant, avec un environnement adapté (salon spécifique avec fauteuil pour l'enfant et le parent en ambulatoire, ambiance sereine et contact des parents par SMS du retour de bloc, circuit en voiture enfant jusqu'au bloc avec des espaces dédiés et possibilité de visionner un dessin animé sur écran en SSPI, lits à barreaux pour les enfants de moins de trois ans, chambres adaptées en hospitalisation complète et aux urgences). Les règles de confidentialité sont connues des professionnels et appliquées (office de soins fermés, veille systématique sur les ordinateurs portables, écran de gestion d'appel des patients seulement avec les trois lettres du nom patronymique en ambulatoire ...). Dans les

situations de handicap, les besoins et préférences du patient sont prises en compte par les professionnels et tracés dans le DPI et des aides techniques sont mises à disposition (fauteuil, béquilles...). La prescription de contention fait l'objet d'une analyse bénéfice/risque systématique, paramétrée dans le DPI et des alternatives sont d'abord envisagées après analyse somatique. La prise en charge de la douleur se traduit par une évaluation systématique (cible d'entrée) et un suivi avec traçabilité dans le DPI. Les échelles d'évaluation sont adaptées au profil de patient (EVA et EVENDOL pour les enfants). En service SMR, les professionnels utilisent également un casque de réalité virtuelle, du Meopa ou pratiquent l'hypnose lors des soins de rééducation. Tout « si besoin » est accompagné d'une échelle référencée. En cas de difficulté pour soulager la douleur, un avis extérieur est recherché (centre de douleur territorial). Les aidants peuvent être sollicités et sont impliqués, à la demande du patient, en étant informés durant toute sa prise en charge (accompagnement si besoin aux box des urgences). Dans les situations le nécessitant, des dispositions sont prises pour faciliter l'accompagnement du patient (lit accompagnant, salon d'accueil, plages horaires de visite spécifiques). L'intégration de lits identifiés soins palliatifs en service d'onco-hématologie permettent l'accès à deux salons d'accueil des familles. Un service social accompagne tout patient en précarité sociale, en tenant compte de ses conditions de vie. L'établissement adapte la prise en charge du patient vivant avec un handicap (APA, kinésithérapeute, diététicienne). Une réflexion a été menée en chirurgie ambulatoire, à partir d'un algorithme d'affectation selon la pathologie et le profil de patient tenant compte de sa mobilité (chambre Zen, chambre pour personne avec handicap...). Une évaluation initiale et une réévaluation hebdomadaire de l'autonomie est réalisée (Braden, score chute). La préparation à la sortie est anticipée. Dans certaines situations, une visite préalable à domicile est réalisée par l'assistante sociale et l'ergothérapeute.

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	67%
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	99%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	86%

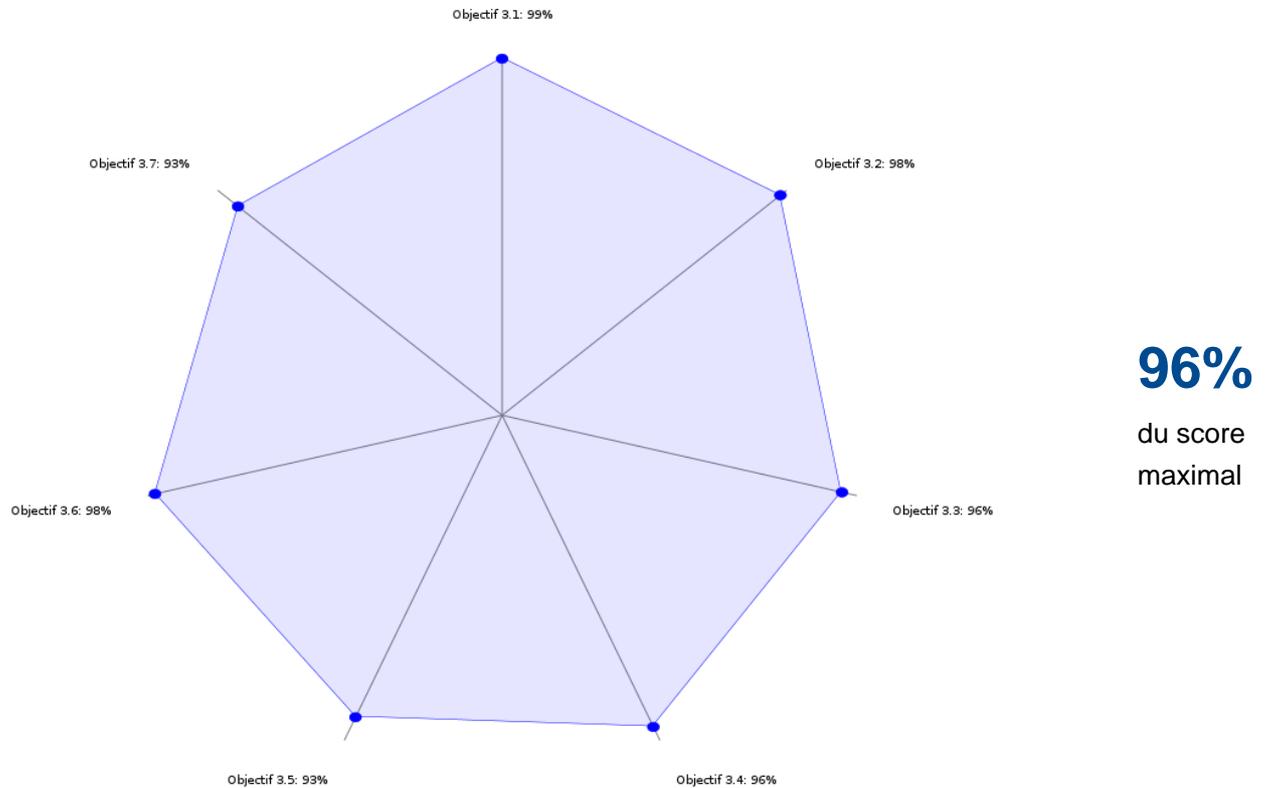
Avant toute hospitalisation, dès la consultation médicale (chirurgicale et anesthésique), le patient est informé de sa prise en charge. Tout au long de son séjour, plusieurs staffs de concertation (relèves médico soignantes quotidiennes, Réunions de Concertation Pluridisciplinaires à chaque étape du parcours) sont organisés régulièrement avec l'ensemble des professionnels (médical, paramédical, rééducation, éducation, social, diététique, médico-technique et soins de support). Un transfert en HAD peut être initié à la demande du patient ou de son entourage ou de l'équipe, après une analyse préalable d'éligibilité. Cependant, il n'existe pas d'analyse des transferts en HAD. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée, accessible sur le DPI. Un livret thérapeutique est mis à la disposition des prescripteurs, avec l'association d'un biologiste et d'un infectiologue du CH de Chambéry (staff hebdomadaire, intervention en CME et plateforme « foire aux

questions »). La prescription est réévaluée à la 24ème et 72ème heure, avec une alerte sur le DPI. Une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée sur la prescription de plus de sept jours. Les médecins prescripteurs suivent régulièrement des formations à l'utilisation des antibiotiques. La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles n'est effective qu'en service de médecine, mais pas en chirurgie. A ce titre, l'établissement a été très réactif, en paramétrant un effet bloquant sur le DPI, durant la visite. En service d'urgences, les circuits sont identifiés par profil de patient (enfant, handicap, oncologie...), avec une gestion des lits par une cellule dédiée. Les IAO sont formés, ainsi qu'à la délégation de prescriptions d'imagerie pour les traumatismes mineurs, afin d'accélérer la prise en charge. L'IAO informe les patients du temps d'attente (en moyenne deux heures). L'équipe d'urgence suit l'état des lits en temps réel, via une application informatique. Le dossier patient principalement informatique (quelques documents papier : dossier transfusionnel, dossier per-opératoire), alimenté tout au long du séjour, est accessible à l'ensemble des professionnels en temps utile, très ergonomique avec plusieurs interfaces. Il permet ainsi la coordination des équipes pluridisciplinaires, y compris quand le patient n'est pas affecté dans l'unité de spécialité adaptée (oncologie, SMR). La conciliation médicamenteuse est systématiquement réalisée sur un profil de patients ciblés (patients de plus de 80 ans, médicaments à risque et les patients en J0). En cas de fermeture le week-end du service accueillant les mineurs, une chambre dédiée en polysomnographie est disponible et le personnel est formé. L'établissement, en partenariat avec le CHU de Grenoble, le CH de Chambéry et les autres partenaires de son territoire, peut faire appel à un réseau d'experts selon ses besoins, ainsi qu'en interne (EOH, référent antibiotique, soins de support...). Des supports informatiques sont partagés entre les unités, l'équipe de brancardage et le bloc opératoire, pour faciliter la coordination des équipes. La check-list, spécifique à chaque secteur interventionnel (bloc opératoire, endoscopie, chimiothérapie) est utilisée de manière conforme (time-out, étapes). Pour les mineurs, une partie de la check-list est remplie avec les parents en salle d'induction. Un suivi de sa complétude de remplissage a conduit à des actions d'amélioration (qualité de remplissage de la check-list et sur GO/NO GO pour les anesthésies loco-régionales). Cependant, il n'y a pas de recueil et analyse structurée des déprogrammations (actions de réajustement au fil de l'eau), hormis en endoscopie. L'organisation de la sortie est anticipée. Une fiche de liaison spécifique est transmise aux professionnels de la ville lors de la sortie du patient, ainsi que le compte-rendu d'hospitalisation et traitement au médecin traitant. Pour le mineur, le carnet de santé est complété et expliqué aux parents par le chirurgien avant sa sortie, avec d'autres documents. Pour les patients en fin de vie, à leur demande, les professionnels les accompagnent à travers l'intervention des soins de support, RCP, staff hebdomadaires pluridisciplinaires, accompagnement des proches. L'identitovigilance est respectée par les professionnels, à travers des procédures connues (INS à l'admission, port d'un bracelet), une cellule d'identitovigilance active connue des professionnels, et leurs comportements. Les correspondants vigilants, identifiés et connus des professionnels, réalisent un rapport annuel. La coordination avec les structures régionales et nationales est effective. La prescription est informatisée. La prescription informatisée répond aux règles de bonnes pratiques (paramétrage dans le DPI). La délivrance est réalisée par une dotation globale par service, avec une revue annuelle de cette dotation (les piluliers sont préparés par les IDE de nuit). En chirurgie ambulatoire, les médicaments des patients sont soit confiés à l'entourage, soit déposés dans une armoire fermée jusqu'à sa sortie. L'analyse pharmaceutique est réalisée quotidiennement (procédure spécifique). Les interventions pharmaceutiques sont tracées. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé respectent les bonnes pratiques (approvisionnement géré par la pharmacie, chariots scellés jusqu'à l'office de soins, locaux dans les services fermés, dotation urgente sécurisée, relevé des températures des armoires de stockage des médicaments thermosensibles...). Une dotation urgente (armoire de garde scellée) est située dans un service, avec un registre pour la traçabilité des médicaments sortis et une pharmacienne d'astreinte peut aussi intervenir si besoin. L'administration des médicaments répond aux bonnes pratiques respectées par les professionnels, avec une traçabilité pour la non administration. Le médicament à risque est identifié par un logo tout au long du circuit jusque dans le DPI. Les listes spécifiques à chaque unité sont connues des professionnels, ainsi que la vigilance à apporter dans leur utilisation. Une EPP a été réalisée sur la sécurisation de l'usage des

médicaments à risque (suite à un EI). Les professionnels ont été formés. La transfusion respecte les bonnes pratiques par des professionnels formés. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de lavage des mains (équipe opérationnelle d'hygiène médico-soignante dynamique et proche du terrain, plusieurs évaluations des pratiques, atelier Pulp Friction, sensibilisation des patients à l'hygiène des mains, mise à disposition des SHA dans toutes les chambres...). L'EOH, composée d'un biologiste, médecin anesthésiste, infirmier hygiéniste et cadre du bloc d'endoscopie et les correspondants assurent régulièrement des audits sur les précautions standards et complémentaires dans toutes les unités de soins et sur les plateaux médico-techniques (formation, audits, contrôles bactériologiques, éducation des patients, procédures...). L'EOH accompagne les équipes lors de la mise en place de précautions complémentaires et une évaluation est réalisée. De plus, une plateforme de discussion "Inf Med Savoie " avec un infectiologue du CH de Chambéry et un staff hebdomadaire permettent l'accompagnement de l'EOH. Les secteurs interventionnels respectent les bonnes pratiques d'hygiène per-opératoires (bloc opératoire et endoscopie), hormis la préparation cutanée par intervention qui est en cours de protocolisation. L'ensemble des infirmiers, y compris du bloc opératoire, sont formés au traitement des endoscopes, avec un suivi. L'antibioprophylaxie fait référence au guide d'antibiothérapie/antibioprophylaxie et est respectée par les prescripteurs (prescription en consultation anesthésique, protocole en salle opératoire, traçabilité et EPP tous les ans). Les dispositifs médicaux invasifs sont recensés et connus des professionnels, qui en assurent le traitement (formations) et le suivi microbiologique des endoscopes est assuré (audit en 2018 ayant permis de modifier le protocole de pré-traitement). Chaque pose est tracée dans le DPI, avec la référence de l'endoscope. Des contrôles microbiologiques sont effectués par l'EOH et connus des professionnels. Les professionnels de bloc opératoire respectent les bonnes pratiques per-opératoires. Dès l'admission, l'évaluation des risques de dépendance iatrogène systématique est suivie en staff pluriprofessionnel toutes les semaines et tracée dans le DPI. Des campagnes vaccinales sont régulièrement menées par l'EOH et pharmaciens auprès des professionnels, avec des facilités pour la prise en charge vaccinale (enquête sur les freins à la vaccination en 2023). Les rayonnements ionisants, pour l'ensemble des services concernés, sont maîtrisés dans les secteurs interventionnels (port effectif des dosimètres passifs et actifs, protections disponibles), avec le personnel adéquate (réfèrent bloc en lien avec l'ingénieur biomédical, PCR attaché à l'établissement malgré l'intervention en imagerie d'un prestataire externe et professionnels formés). Les compte-rendu comportent les doses reçues par le patient. Dans l'unité ambulatoire, la sortie, après l'application du score de Shung, est validée par un médecin. Le transport intra hospitalier est structuré (équipe sectorisée, audit de sécurité réalisée avec l'intervention d'un ergonome, gestion du planning des services de soins et bloc opératoire géré par les brancardiers en autonomie par une visualisation du circuit patient en temps réel), avec des professionnels formés à la confidentialité, le confort, l'hygiène et gestes d'urgence. Les résultats cliniques font l'objet d'analyses régulières permettant l'amélioration des pratiques professionnelles (réévaluation douleur, anxiété, saignements post-opératoire après phlébectomie, utilisation prioritaire du CIP aux urgences pour les patients en ayant un), mais pas sur l'ensemble des services de soins. L'expérience patient est sollicitée à travers l'analyse des questionnaires de satisfaction et des dispositifs spécifiques (questionnements des patients sur l'anxiété en ambulatoire ayant abouti à une réorganisation globale, consultation psychologique et sociale pour les patients traumatisés de la main), qui ont permis la mise en place d'actions (accompagnement à la reprise d'activité au retour à domicile, « Zen bloc » au bloc opératoire). Les IQSS et EI sont transmis aux professionnels par unité (Qualizoom) ; ils font l'objet de réflexion d'équipes avec propositions d'amélioration. Un suivi des indicateurs du bloc opératoire est réalisé, complété de l'analyse régulière de la complétude de remplissage de la check-list, ainsi que celle en chimiothérapie. Tout événement indésirable est préalablement analysé en première intention par les équipes de soins concernées par la déclaration (réunion tous les 15 jours consacrée à l'analyse des EI du service), qui connaissent la méthode d'analyse des causes (méthode ALARM), puis par la cellule EI, qui reprend certains EI, selon leurs criticités. Les nouvelles actions d'amélioration sont alors communiquées aux équipes concernées (EPP sur le médicament à risque suite à un EI, annonce d'un dommage lié au soin, douleur, RMM bimestrielle en anesthésie/chirurgie). Les équipes de soins critiques

n'assurent pas le suivi des refus d'admissions, via un registre, ni des ré hospitalisations de 48 h et 72 h , justifié par l'absence de refus d'admission. Les activités d'imagerie et biologie sur site, sont assurées par des prestataires externes, qui suivent les délais de rendus des résultats à l'établissement. L'établissement n'effectue pas de prélèvement d'organe, mais il met à disposition des patients les documents d'informations sur le don d'organe, dans les espaces communs.

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	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	96%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	93%

L'établissement est un acteur dynamique au sein de son territoire de santé. Il a développé des partenariats opérationnels sur son territoire, tant avec les établissements adresseurs que les structures d'aval, afin de fluidifier le parcours du patient et améliorer son confort de vie (SOS mains, PRADO, HAD, lits d'hébergement temporaire en EHPAD, Communauté Territoire de Santé, participation au GHT, 3C en cancérologie). Il est

impliqué dans les communautés professionnelles territoriales de santé (organisation d'une journée sur le dépistage du cancer du pancréas) et est facilement joignable auprès des partenaires de ville et usagers. Un travail entre le SAMU et le service des urgences a permis de valider les filières et profils de patients éligibles en amont et en aval, y compris les accès directs pour les personnes âgées. Il existe un contact direct des praticiens (mise à disposition des coordonnées téléphoniques auprès des correspondants). L'établissement soutient la participation à la recherche clinique (hypnose lors de la biopsie ostéo-médullaire, programme des aidants en onco-réhabilitation) et essais cliniques (tests génétiques), ainsi que les publications des praticiens, à travers un appui logistique. L'établissement recueille à l'admission l'adresse mail de chaque patient pour le questionnaire E-Satis et pour les questionnaires spécifiques à chaque secteur (questionnaire général, questionnaire urgences/soins externes, questionnaire entourage, enquêtes de prévalence en service de chimiothérapie). L'analyse est réalisée avec la participation des représentants des usagers, dont certaines de leurs propositions sont retenues (signalétique du parking). Plusieurs journées thématiques sont organisées par l'établissement auprès des patients. L'expérience patient est mobilisée dans le cadre de réorganisation (service ambulatoire) ou à partir de résultats cliniques (anxiété des patients en péri opératoire) ou de l'expression du vécu du patient rendu public (Maison post-cancer). L'établissement propose des formations centrées sur la communication (communication positive, langage des signes, hypnose conversationnelles, e-learning sur les droits des patients, formation sur les violences conjugales) et met à disposition des livrets auprès des patients (livret en cancérologie « mots qui blessent », livret FALC). Des médiateurs médicaux et para-médicaux et les RU peuvent intervenir en cas de réclamation orale ou écrite, avec une réponse systématique au patient. La culture de bientraitance est promue dans l'établissement, à travers les comportements professionnels, axe fort des valeurs de l'établissement. A ce titre, un repérage préalable des risques impactant sur la bientraitance a permis d'établir des actions d'amélioration via un questionnaire (mise à jour des procédures, e-learning sur la bientraitance, questionnaire à l'embauche). Les professionnels ont été sensibilisés et formés au repérage et le signalement de situations de maltraitance selon les procédures établies. Un référent violences conjugales est affecté aux urgences, permettant une prise en charge adaptée. Les cas de maltraitance sont suivis à partir du PMSI. La structure de l'établissement facilite l'accès à toute forme de handicap (couloir, ascenseur). Deux référents handicap ont été nommés et sont connus des professionnels. Les accès sont facilités par une signalétique adaptée. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables par l'intervention d'une assistante sociale, en lien avec les structures du territoire. Toute demande d'accès au dossier patient est tracée et évaluée respectant les délais, facilité par la localisation des archives au sein de l'établissement. Les représentants des usagers sont invités aux instances de l'établissement (CLIN, CLAN, CLUD), aux projets institutionnels (projet des usagers) et groupes de travail sur les EPP (douleur, bientraitance). Les professionnels sont bien identifiés dans leur fonction par des badges. L'établissement promeut la recherche clinique (infirmier et organisme privé dédiés), ainsi que l'accès aux innovations pour les patients (essais cliniques en onco-hématologie) et répond aux appels à projets, en partenariat avec d'autres établissements (reconstruction ligamentaire avec le CHU de St Etienne). Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement, à travers leurs participations aux instances et comité éthique, en étant force de proposition (salon pour les collations en ambulatoire). Le projet des usagers est intégré au projet d'établissement. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont communiqués en CDU. La politique qualité et gestion des risques est déclinée en plan d'actions et est présentée aux instances, avec une campagne de communication dans les unités. Les professionnels connaissent les résultats les concernant et participent à leur analyse et préconisations d'actions d'amélioration. Le développement de la culture sécurité s'est traduit par une enquête sécurité organisée sur certains secteurs en 2023, dont les résultats ont été diffusés en réunions et sur Qualizoom. L'adéquation entre les besoins et les ressources humaines est organisée et graduée en fonction de la charge de travail liée aux pathologies prises en charge (pool de remplacement, valorisation salariale, vacataires). Par ailleurs, un programme structurant est proposé aux nouveaux arrivants sur certaines thématiques et des parcours formants avec des durées d'accompagnement variables selon le secteur d'activité. De nombreux échanges réguliers et structurants entre professionnels (médical, paramédical, rééducation,

social, diététique, médico-technique et soins de support) permettent d'inscrire une culture du travail en équipe (staff, RCP, réunions inter-services et de services). Le travail en équipe a été élaborée et structurée par la direction des soins à partir de l'outil PACTE. L'établissement organise un accompagnement annuel au coaching, gestion des conflits et conduite d'entretien pour les cadres responsables. Les compétences sont régulièrement évaluées (entretien professionnel tous les trois ans), permettant de réfléchir sur les évolutions de carrières promues et l'acquisition de compétences (deux professionnels par an pour un DU). Un comité éthique, avec la participation des RU, a organisé des soirées de communication auprès des équipes (thème de la maltraitance). Le référent est connu des professionnels. Il a pour mission l'accompagnement à l'analyse réflexive de dossiers patients à la demande des professionnels. La politique QVT se traduit par un fort engagement de la direction, avec la participation d'étudiants ergonomes pour évaluer l'environnement de travail. Elle est intégrée au projet de soins, validée par les représentants du personnel (équipements ergonomiques, réorganisation, crèche pour le personnel...). Un travail sur les risques psycho-sociaux aux urgences a complété le document unique des risques professionnels. Un audit sur la charge en soins des équipes de nuit a permis d'identifier un risque, suivi d'actions correctives (transmissions ciblées, renfort). Des ressources internes sont mises à la disposition pour la gestion de conflits interpersonnels (psychologues), mais ils ne sont pas toujours connus de tous les professionnels. La gestion des tensions hospitalières est effective et des exercices de crise (afflux de victimes en 2023, suivi de RETEX) ont été réalisés avec les professionnels alors sensibilisés. Le plan blanc est mis à jour une fois par an. Les professionnels participent une fois par an à des formations avec la gendarmerie, les pompiers et la préfecture. Les accès aux bâtiments sont sécurisés (fermetures, agent de sécurité 19H/7H, vidéo surveillance, accès par badge), ainsi que les secteurs protégés. Un plan de sécurisation avec la gendarmerie a été réalisé, suivi de la nomination d'un référent. Les consommations générales sont suivies par l'établissement. Les filières déchets se déclinent entre autre par le tri des conditionnements (compacteur de cartons). Depuis sa construction, en 2009, l'établissement construit en Haute Qualité Environnementale, la direction a continué à promouvoir une politique de développement durable, avec plusieurs actions (consommations électriques, CTA centralisé, "green bloc", plan de mobilité...), ainsi qu'un engagement territorial (présidence au GIE déchets des Deux Savoie). Un responsable sécurité environnementale local est nommé, avec une fiche de missions, suivi d'un plan d'actions mobilisant les professionnels. La procédure d'urgence vitale, avec un numéro unique, est structurée et connue des professionnels formés régulièrement et les chariots d'urgences scellés et contrôlés mensuellement sont harmonisés (un chariot pédiatrique spécifique), mais des exercices de simulation n'ont pas été réalisés pour l'ensemble des professionnels. Le dispositif d'urgence vitale a été évalué lors d'une simulation réelle (CREX). L'établissement favorise les recommandations de bonnes pratiques, à travers leurs diffusions et son soutien à tout appel à projet. Les EPP, RMM et CREX sont développés à chaque situation le nécessitant, avec l'implication des professionnels (référent qualité par service). Les représentants des usagers ont été associés à différents groupes de travail relatifs à l'expression patient, ainsi qu'aux enquêtes de satisfaction et leur participation au sein de l'établissement est sollicitée, avec la prise en compte de leurs suggestions. Cependant, certains professionnels ne connaissent pas les recommandations établies par la CDU. Les IQSS ont été présentés en instances et diffusés par unité et individuellement via le journal interne et affichage, pour une exploitation au sein des équipes, alimentant ainsi le PAQSS. Les professionnels et les représentants des usagers connaissent les événements indésirables associés aux soins. Une première analyse est réalisée collectivement avec les professionnels concernés (réunions tous les 15 jours au sein de l'unité) et la cellule EI réalise des CREX, avec l'analyse des causes profondes de certains EI selon leurs criticités. Le compte-rendu est ensuite communiqué aux équipes de professionnels concernés. Le service des urgences suit en temps réel la disponibilité des lits, pour permettre la fluidité du parcours intra-hospitalier. De plus, l'établissement participe avec le CHU de Grenoble à la filière "SOS main" et au projet en cours "Bed management" instruit par l'ARS, outil de gestion de lits territoriale. Dans un objectif de culture du risque, la CME participe activement au suivi des accréditations des praticiens (taux d'accréditation par spécialité) et la promotion de l'accréditation en équipe (médecins anesthésistes et IADE), pour l'harmonisation des protocoles. 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 : Systématiser les analyses de pertinence : admission en HAD, acte transfusionnel. Etendre le dispositif d'analyse des résultats clinique et des pratiques à l'ensemble des secteurs de l'établissement (soins critiques en particulier) S'assurer de la compréhension et de l'appropriation par le patient : présence des représentants des usagers, expression de la satisfaction, DMP, messagerie sécurisée

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	730010048	SAS MEDIPOLE DE SAVOIE	300 avenue des massettes Cs 10 088 73190 CHALLES LES EAUX CEDEX FRANCE
Établissement principal	730004298	HOPITAL PRIVE MEDIPOLE DE SAVOIE	300 avenue des massettes Cs 10 088 73190 CHALLES LES EAUX Cedex CEDEX FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	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	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	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	2,134
Nombre de passages aux urgences générales	27,070
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	55
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	119
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	20
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	60
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	7,688
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	6
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	25
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	5
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	15
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Audit système			
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

8	Audit système			
9	Traceur ciblé			EI
10	Audit système			
11	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Audit système			
13	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
15	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Audit			

22	systeme			
23	Audit systeme			
24	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
25	Audit systeme			
26	Audit systeme			
27	Audit systeme			
28	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
29	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Hospitalisation complète Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Audit systeme			
31	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
32	Audit systeme			
33	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
34	Audit systeme			
35	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé	

			Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Audit système			
37	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
38	Traceur ciblé			Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
39	Audit système			
40	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
41	Traceur ciblé			PSL
42	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	

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

