



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

HOPITAL PRIVE D'AMBERIEU

En pragnat nord

Bp 611

01506 AMBERIEU EN BUGEY



Validé par la HAS en Février 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 – Février 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	26

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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 D'AMBERIEU	
Adresse	En pragnat nord Bp 611 01506 AMBERIEU EN BUGEY FRANCE
Département / Région	Ain / 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	010010718	SAS CLINIQUE D'AMBERIEU	En pragnat nord 01506 AMBERIEU EN BUGEY FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

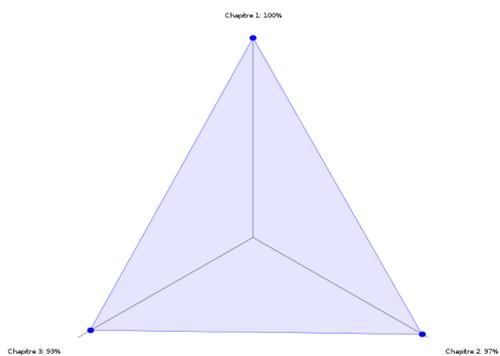
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

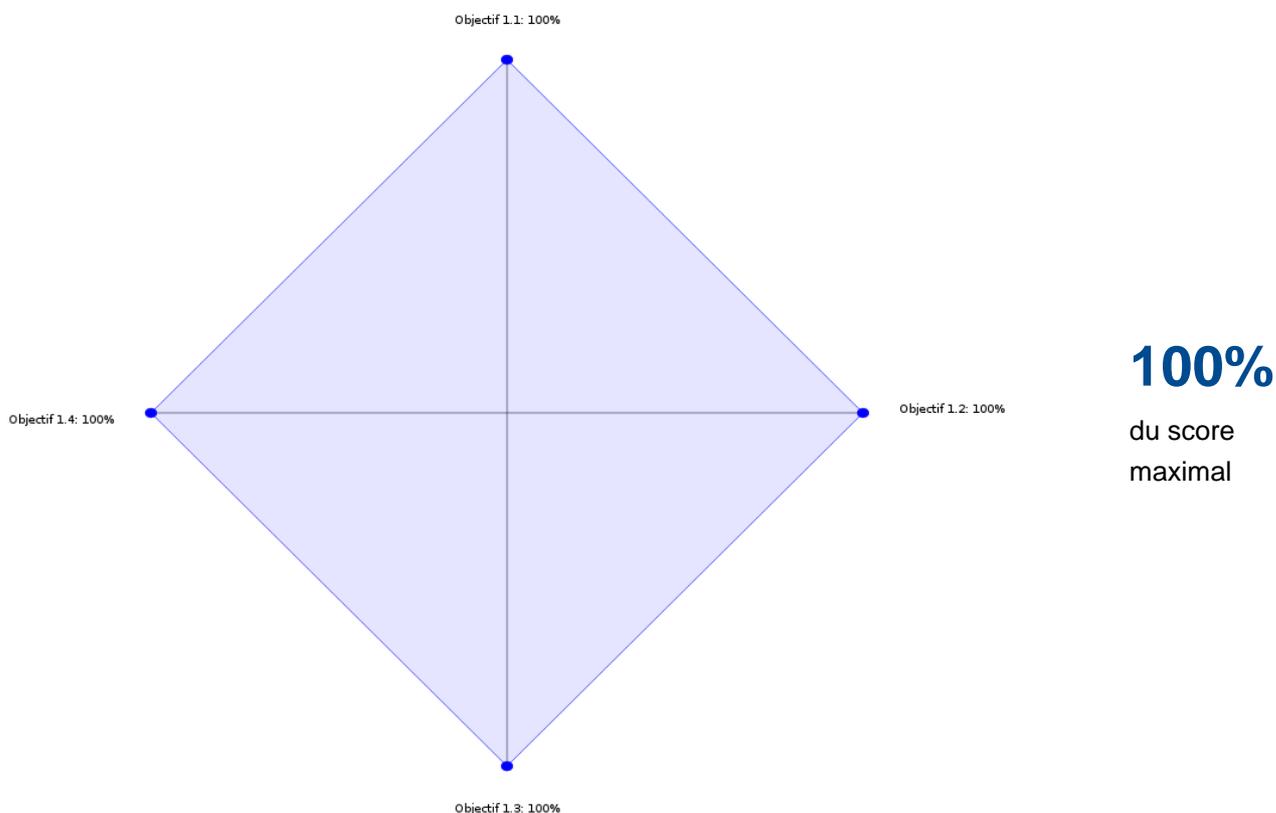
Au regard du profil de l'établissement, [123](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

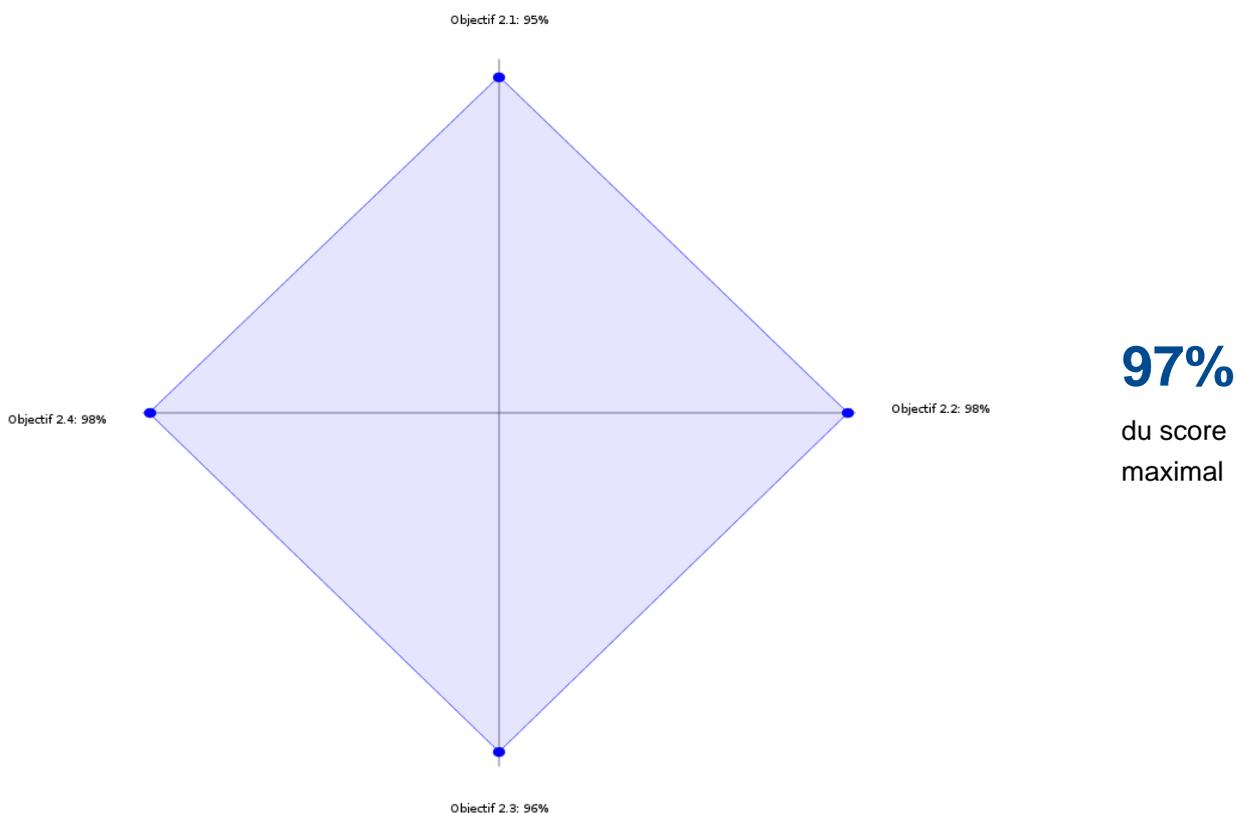


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	100%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le patient admis dans les différents secteurs d'activité de l'hôpital privé d'Ambérieu, que ce soit au sein du pôle maternité, du pôle urgence/SMUR, du pôle chirurgie, du pôle bloc opératoire, le pôle HAD, le pôle médecine et le pôle ambulatoire, reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé comportant son processus de prise en charge. Tout patient, qui exprime son consentement libre et éclairé sur son projet thérapeutique et ses différentes modalités de prise en charge, bénéficie d'une écoute de la part des professionnels de santé. Les besoins et préférences des patients sont évalués par les différents professionnels de l'établissement. Tout patient est coacteur de sa prise en charge dans le cadre du parcours de soins. En Pôle Maternité, des informations sont transmises en amont et en aval aux parturientes et leur conjoint(e) (livret d'accueil, visite de la maternité, choix péridurale, gamme de prestation hôtelière), notamment au moyen d'un accompagnement personnalisé dans le cadre du programme « Materniteam » par une référente dédiée. Afin

d'assurer le projet de naissance personnalisé, l'ensemble des professionnels des pôles de soins se coordonnent (programmation du bloc, laboratoire, radiologie). A noter la présence d'un « espace nature » dans le pôle maternité permettant une prise en charge adaptée des parturientes. Le dépistage des facteurs de risques est assuré dès l'admission du patient. En secteur maternité, les futurs parents, dès le début de la grossesse, sont associés au projet de naissance en collaboration avec les professionnels spécialisés. L'établissement n'effectue d'interventions chirurgicales pour les enfants de moins de 3 ans. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté. Les professionnels de santé sont formés à la prise en charge infantile. La présence des parents est favorisée 24h/24. L'autorisation des deux parents est nécessaire pour l'intervention, ou à défaut le jugement de divorce ou d'un certificat de décès. La préservation de l'autonomie est évaluée, notamment en médecine et en chirurgie, en HC comme en HJ, mais aussi en HAD, dès l'admission et durant la prise en charge du patient. Au niveau du périmètre de l'information, dans l'ensemble des secteurs d'activité, les professionnels recherchent l'implication du patient afin d'être co-acteur de son projet thérapeutique, qui par ailleurs, fait l'objet d'un consentement libre et éclairé de la part du patient. Une traçabilité pour le consentement du patient est présente au moyen d'une coche dans le DPI pour l'alimentation de son DMP. L'ensemble des droits du patient est développé sur tous les pôles médicaux de l'H.P.A. Les livrets d'accueil spécifiques sont diffusés aux patients notamment en maternité et en HAD. L'information est harmonisée au sein de l'établissement. Le patient est informé sur les missions des représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, ainsi que les modalités de déclarations d'E.I.A.S. (événement indésirable associé aux soins). Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté. La présence des proches ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites ou lorsque la situation le nécessite. Le projet thérapeutique intègre les messages de prévention, d'éducation à la santé, adaptés à la situation pathologique du patient. Le carnet de santé de l'enfant est requis et alimenté d'information médicale lors de la prise en charge d'un enfant mineur. L'environnement du patient, dont le contexte psycho-social est pris en compte par l'enregistrement de la désignation de la personne à prévenir et de la personne de confiance, mais aussi par l'implication des proches et aidants du patient. Le respect du patient est assuré durant son hospitalisation sur l'établissement. Dans tout pôle, le patient est informé de façon adaptée, personnalisée à la situation, sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Dans le cadre d'une situation en fin de vie, le patient dispose d'une possibilité, notamment en médecine et en HAD, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Notamment dans le cadre de transfert d'hospitalisation conventionnelle vers l'H.A.D., le patient est informé durant le séjour sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins. Le patient est encouragé à faire part de sa satisfaction, au moyen de questionnaires de fin de séjour de l'établissement ainsi que par l'intermédiaire de l'enquête nationale E-Satis, ou au moyen de questionnaires personnalisés en HAD et au service des urgences. L'expérience du séjour du patient est partagée en CDU en présence du R.U. L'existence et le fonctionnement de la CDU sont affichés au sein de l'établissement. Les locaux de l'ensemble des pôles, ainsi que le comportement des professionnels permettent de respecter la confidentialité, la dignité et l'intimité du patient. L'autonomie du patient est recherchée et encouragée de façon personnalisée en fonction de ses capacités, des décisions médicales définies dans le projet personnalisé de soins. Le recours à la contention mécanique est formalisé et relève d'une décision médicale, réévaluée à fréquence définie, que ce soit en hospitalisation conventionnelle comme en HAD. L'implication des proches est favorisée notamment en secteur maternité. La prise en charge de la douleur et son évaluation sont assurées dans les différents pôles médicaux. La bienveillance ainsi que la bientraitance du patient sont assurées durant le parcours thérapeutique. L'accès et la sécurité des personnes à mobilité réduite sont assurés sur l'ensemble de l'établissement. Le patient est informé de façon adaptée lors des consultations médicales et paramédicales dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure de prise en soins. La prise en charge sociale du patient est assurée et coordonnée, notamment en cas de précarité, afin de préparer sa sortie.

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	95%
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	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	98%

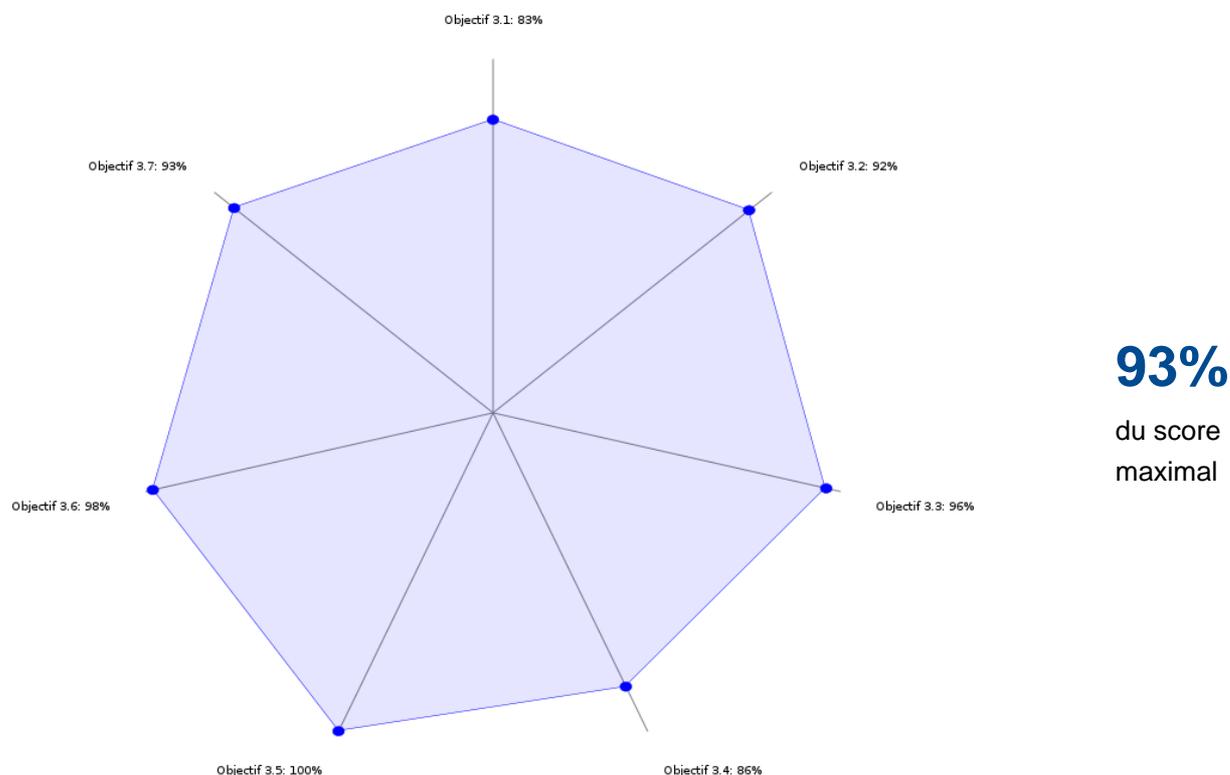
La pertinence des décisions d'admission des patients est définie au sein de l'établissement. Le rôle de la gestionnaire des flux est défini et permet d'optimiser la gestion et la disponibilité des lits. Au niveau des urgences, un circuit court personnes âgées et infantile est identifié et coordonné médicalement. L'anticipation du devenir patient dès la consultation chirurgicale et anesthésique (transfert en HAD, en SMR, Via trajectoire ou ordonnances pour le retour à domicile) est organisée. Les différents parcours de prise en charge des patients sont coordonnés en appui d'une organisation d'interventions programmées notamment pour la prise en charge en chirurgie HC et HJ. Il en est de même en secteur médecine HC et HJ, ainsi qu'en HAD et maternité. Une organisation est coordonnée entre le service des urgences et le secteur interventionnel afin d'intervenir dans les meilleurs délais. Au niveau du pôle mère-enfant, l'HPA, maternité de niveau 1, membre du réseau périnatalité Aurore, le programme « Materniteam » permet une prise en charge coordonnée dès le début de la grossesse

jusqu'au post-accouchement. En effet, l'organisation des suivis de grossesse jusqu'au retour au domicile des couples parents-enfant, permet l'anticipation des prises en charge personnalisées quelque soit le type de difficultés. L'orientation précoce des patients selon le risque obstétrical ou pédiatrique limite la prise en charge hors champ de compétence de l'établissement. Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté et se coordonnent pour la mise en œuvre du projet personnalisé de soins. La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux pour les patients âgés en provenance du domicile passant aux urgences et disposant d'un médicament à risques. Les modalités de recours à la télésanté sont formalisées. L'organisation est connue des professionnels. Les équipes de soin peuvent faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise, notamment pour l'HAD, mais aussi pour la médecine ambulatoire, dans différentes spécialités positionnées soit sur le CH Bourg-en-Bresse ou sur le bassin hospitalier Lyonnais (infectiologie, addictologie, psychiatrie...). Les professionnels de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. L'établissement est adhérent du réseau URG ARA (Urgence Auvergne-Rhône-Alpes). L'établissement communique ses indicateurs de prise en charge au sein du réseau et à l'ARS AURA, au moyen de statistiques issues de son DPI. Le service des urgences dispose d'une organisation de tri dès l'admission par des professionnels dûment habilités. Cependant, l'établissement ne communique pas les délais d'attente au patient. L'ensemble des informations relatives au patient est échangé entre les différents services au moyen du DPI. En effet, les professionnels peuvent récupérer l'ensemble des informations concernant la prise en charge du patient sur le DPI. Les accès se font par des habilitations métiers et l'ergonomie du logiciel est opérationnelle pour les professionnels salariés comme libéraux, grâce à des interfaces logiciels métiers opérationnelles. Les différents professionnels sont accompagnés pour l'utilisation des outils informatiques, et la mise à jour des connaissances et évolutions. Le projet de soins est réalisé en prenant en compte les besoins et les préférences du patient et en tenant compte des éventuels autres professionnels concernés dans la prise en charge notamment soins infirmiers libéraux.... Une réévaluation des besoins et préférences est réalisé tous les jours. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est réalisée à toutes les étapes de l'intervention. Le carnet de santé de l'enfant, le dossier du patient et le cas échéant le DMP sont mis à jour de manière synchronisée afin d'assurer la continuité des soins. La lettre de liaison comportant le CRO et/ou le CRH et les prescriptions médicales ad hoc est remise au patient et permet la continuité du parcours de soin. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques, notamment en termes de vigilances. Le management de la prise en charge médicamenteuse est assurée par le pharmacien gérant accompagné d'un pharmacien adjoint et d'une équipe de préparatrices en pharmacie. Les professionnels soignants respectent les bonnes pratiques de prescriptions, de dispensation et d'administration des médicaments. Une organisation est en place afin d'assurer l'utilisation des bonnes pratiques des médicaments à risque. Cependant au cours de la visite, il a été constaté en service de chirurgie, dans un chariot de soins, sur un stylo à insuline à administrer, que l'étiquette d'identification du patient était positionnée sur le capuchon du stylo à insuline et non sur le corps du stylo. Ce constat a été, au cours de l'audit, présenté au pharmacien. Ce risque n'avait pas été identifié sur le PAQSS. Un plan d'actions a été mis en œuvre dès le lendemain par le pharmacien, comportant une procédure transmise à l'encadrement soignant et aux IDE, afin que les étiquettes soient positionnées sur le corps du stylo et non plus sur le capuchon, permettant la lisibilité des informations réglementaires d'identification du produit. Il existe une parfaite connaissance des risques de dépendance iatrogène ainsi que des mesures de prévention adaptées (surveillance nutrition, état cutané, poids...). La pertinence de la transfusion des produits sanguins labiles (PSL) est argumentée, organisée et assurée sur l'établissement. La sécurité transfusionnelle est assurée. L'établissement dispose d'indicateurs de consommation de poches consommées. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les précautions standards et complémentaires sur l'ensemble des pôles médicaux et chirurgicaux. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée. Un médecin infectiologue du MIIT Lyon (Médecin Interne Infectieuse Tropicale) conventionné depuis septembre 2024, référent antibiothérapie, est disponible 24h/24 auprès du corps médical de l'établissement. Il en est de même sur la maîtrise des bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs, en lien avec le médecin infectiologue. Cependant, le corps médical ne bénéficie pas de formations à l'utilisation des antibiotiques. L'établissement promeut les vaccinations

recommandées auprès des professionnels, notamment coqueluche pour le service maternité/pédiatrie, et grippales pour l'ensemble du personnel salarié et libéral. Les équipes médicales maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat. Par suite d'un EIAS, le matériel d'urgences vitales en cas d'HPP immédiat a été réévalué et restructuré. Une fiche réflexe a été formalisée et diffusée dans le secteur d'activité concerné. La procédure d'urgence en salle de naissance a été mise à jour. Celle-ci est connue des professionnels.

L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est organisée et validée de manière synchronisée. Le transport des patients en intra hospitalier est structuré et assuré par une équipe de brancardier(e)s formé(e)s. Les équipes médicales peuvent consulter le dossier médical « Mon espace santé » (DMP). Cependant, les équipes pharmaceutiques ne consultent pas le dossier pharmaceutique du patient. Les équipes analysent les modalités de réalisation de la check-list au secteur interventionnel. Les équipes améliorent leurs pratiques en s'appuyant sur l'analyse de résultats cliniques (RMM, Audits, CREX suite au EIAS, EIG...), ainsi qu'en se fondant sur l'analyse de la satisfaction et de l'expérience patient. L'établissement assure la formation des professionnels sur les déclarations des EI. La culture de déclaration du presque accident est développée sur l'établissement. Cependant, celle-ci n'est pas encore effective sur l'ensemble de secteurs d'activité de l'établissement. L'appropriation de la connaissance et de l'utilisation des IQSS par les professionnels est en place. La démarche de recueil et d'analyse de l'expérience patient se développe, notamment en maternité. Les professionnels des secteurs interventionnels définissent des actions d'amélioration de leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list. Les interfaces entre le laboratoire et l'établissement sont opérationnels. La qualité des prescriptions transmises, des modalités de prélèvements biologiques, mais aussi les délais de rendu des examens sont partagés entre l'établissement et le laboratoire et font l'objet d'actions d'amélioration. Un bilan annuel est rédigé prenant en compte les axes d'amélioration. Il en est de même pour le secteur d'imagerie médicale. Il est à noter que les deux cabinets de biologie et d'imagerie médicale interviennent en CME. Les informations sur le don d'organes sont disponibles à l'accueil de l'établissement. Les professionnels sont sensibilisés via le comité éthique et bientraitance lors de soirée à thème. Les équipes de soins savent contacter le service de prélèvement du CH de Bourg-en-Bresse, établissement de coordination du territoire.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	83%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	92%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	86%
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	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	93%

L'Hôpital Privé d'Ambérieu, fait partie du Groupe ELSAN depuis 2021. Il définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire de santé mais aussi au sein du territoire Elsan Rhône-Alpes. Le projet d'établissement 2023-2028 s'appuie sur les valeurs du Groupe ELSAN et de l'établissement transcrites au sein des différents projets qui le compose. Les orientations stratégiques retenues sont de développer au sein du pôle chirurgie, la chirurgie ambulatoire, l'hospitalisation de jour au sein du pôle médecine, mais aussi de poursuivre la

maîtrise des filières de prise en charge du pôle urgence, poursuivre ses missions de pôle maternité de niveau 1, au sein du réseau de périnatalité AURORE, et développer l'HAD dans l'offre de soins du territoire. Chaque pôle dispose d'orientations stratégiques définies sur les quatre années à venir. Il est à noter que l'établissement dispose du seul SMUR privé de France. L'H.P.A. (Hôpital Privé d'Ambérieu) dispose de nombreuses conventions de coopérations avec différentes structures ou réseaux afin de fluidifier les parcours d'aval d'accompagnement et de prise en charge au retour au domicile, notamment en disposant de 60 places d'HAD. L'établissement est membre du réseau « Urg'Ara » (services d'urgence de Auvergne-Rhône-Alpes). La CPTS est un partenaire en cours de développement pour l'établissement. En ce qui concerne les admissions en urgence, de plus de 37000 passages/an (2023), l'établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide notamment en ce qui concerne les patients âgés et les enfants. Les modalités de communication notamment au travers du site internet, permettent à la médecine de ville et aux usagers de contacter aisément la structure. Il est à noter que l'établissement dispose d'une « référente adressage Elsan » dont les fonctions sont de communiquer dans le territoire de santé auprès de la médecine de ville, des paramédicaux libéraux, sur les missions de l'établissement, par l'intermédiaire de transmission de flyers comportant un « QR Code » présentant l'activité et l'annuaire médical de la structure. La messagerie sécurisée de santé MSSANTE est utilisée pour la communication entre les professionnels de santé et les médecins traitants. De même, l'établissement dispose d'une messagerie instantanée sécurisée comportant une authentification nominative à destination des médicaux et paramédicaux, notamment libéraux en HAD. Les communications avec le LABM sont sécurisées pour l'intégration des résultats de biologie au sein du DPI. Ce dernier est interconnecté au DMP pour l'alimentation de « mon espace santé » du patient. Un indicateur d'alimentation de suivi est en place. Un document de référence validé en CME détermine la liste des documents à transmettre au DMP des patients pris en charge. L'établissement est entièrement sécurisé en dehors des horaires d'ouverture de la structure. Le plan de sécurisation de l'établissement est formalisé et communiqué aux Tutelles. L'H.P.A. promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient dans l'ensemble des pôles d'activité prenant en compte leur spécificité, notamment par le recueil de la satisfaction des patients avec E-SATIS, mais aussi au moyen de questionnaires spécifiques en HAD et aux urgences. L'engagement du patient est favorisé à travers l'expression de son point de vue. Un questionnaire de satisfaction est remis systématiquement aux patients. Il est à noter l'intervention, dès l'admission du patient, de « référente hospitalière/administrative » permettant d'accueillir le patient et d'explicitier l'ensemble des aspects hospitaliers et administratifs au cours du séjour. De même, dans le pôle maternité, une « référente materniteam » transmet des informations sur la maternité aux personnes en début de grossesse, sur le parcours, mais aussi, après accouchement sur le vécu de la prise en charge de la part des parents. Cette référente est présente en accompagnement durant la grossesse, auprès du conjoint(e) et dans les débuts de la vie de parents. Une application mobile personnalisée via QR-Code permet de rester connecté durant toute la maternité. La structure développe une communication centrée sur le patient, au moyen d'un affichage harmonisé. L'établissement développe une politique de bientraitance et lutte contre la maltraitance dont la maltraitance ordinaire. Un comité éthique est en place et organise périodiquement des soirées à thème, notamment récemment sur le don d'organe en lien avec le C.H. de Bourg-en-Bresse, établissement référent, présidés par les animateurs du Comité Ethique et Bientraitance, en invitant les professionnels le désirant. Les professionnels connaissent les situations à risque de maltraitance et les conduites à tenir en cas de repérage. En cas de besoin, de manière concertée pluriprofessionnelle, des actions de protection sont mises en place afin de protéger le/la patient(e). L'analyse du bilan annuel des cas de maltraitance est répertoriée depuis le PMSI. L'accessibilité des locaux aux personnes à mobilité réduite est assurée. Il en est de même en ce qui concerne l'accès aux soins aux personnes vulnérables. L'accès du patient à son dossier est formalisé et l'organisation est assurée. L'établissement ne développe pas de recherche clinique et/ou ne favorise pas l'accès aux innovations médicales pour les patients. Le représentant des usagers est impliqué dans ses missions au sein de la Commission des Usagers. De fait de son positionnement solitaire dans ses missions, il ne peut participer à d'autres instances et dans la vie de l'établissement. Il est à préciser que le rôle et missions du représentant des usagers ne sont pas connus par l'ensemble des professionnels rencontrés. Le projet des usagers n'est pas formalisé, bien que les axes soient identifiés. L'HPA ne développent pas, dans ses missions institutionnelles, de recherche clinique permettant de favoriser l'accès aux

innovations pour les patients. La gouvernance fonde son management participatif sur la qualité et la sécurité des soins, en développant une culture de sécurité des soins auprès des professionnels. Cependant, celle-ci n'est pas évaluée. Les professionnels sont impliqués dans les instances de l'établissement. Le travail en équipe est favorisé par la planification dans l'organisation du travail des pôles, de différents temps d'échange entre les équipes médicales soignantes de jour comme de nuit. Les entretiens professionnels d'évaluation sont réalisés périodiquement par la direction et l'encadrement. Cette organisation permet d'ajuster le plan de formation au plus près des besoins des salariés. La direction pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et l'activité des différents pôles en prenant en compte la qualité et la sécurité des prises en charge. L'encadrement, récemment renouvelé pour partie, bénéficie de formations ou de coaching au management. Cependant, des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe ne sont pas développées. Le comité éthique et bientraitance est en place sur l'établissement et propose aux professionnels des soirées d'information et de sensibilisation. La gouvernance dispose d'une politique de qualité et des conditions de vie au travail inscrite au projet d'établissement. La gestion de difficultés interpersonnelles et des conflits est assurée par l'encadrement formé aux méthodes de résolutions de conflits. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est inscrite au sein du plan blanc et assurée par l'H.P.A. Des exercices sont régulièrement organisés afin d'analyser les points positifs et les axes d'amélioration. L'établissement est inscrit dans une politique globale RSE (responsabilité sociétale des entreprises) et développe des actions sur le développement durable en associant les professionnels de la structure. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée par l'établissement. En décembre 2023, un exercice de cyber sécurité a été organisé par l'ANS Group et l'ARS en collaboration avec l'établissement. En février 2024, à la suite d'une sollicitation de l'ARS, l'établissement a effectué un exercice NRBC (nucléaire, radiologique, bactériologique, chimique). La prise en charge des urgences vitales est assurée au sein de l'établissement. Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés par l'établissement avec l'appui du Siège Elsan. La prévention des biens et des personnes est organisée. Le PSE (plan de sécurisation de l'établissement) est en place et transmis aux Tutelles (Gendarmerie Nationale et ARS). L'établissement est inscrit dans une politique globale RSE (responsabilité sociétale des entreprises) et développe des actions sur le développement durable en associant les professionnels de la structure. Les chariots d'urgence sont spécifiquement positionnés dans les différents secteurs d'activité, dont un rappel est affiché dans l'ensemble des secteurs d'activité. Un plan de formation AFGSU est en place sur l'établissement, comportant le prévisionnel 2025. Cependant, au cours de la visite, il est constaté que l'ensemble des professionnels concernés n'est pas formé à l'AFGSU 2. Un numéro d'appel unique en cas d'urgence vitale est en place et un médecin habilité intervient en cas de besoin. L'identification des professionnels de santé salariés comme libéraux ainsi que des patients au sein du système d'information est sécurisée. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité de soins en mobilisant les professionnels ainsi que le corps médical libéral dans la maîtrise des bonnes pratiques. Le point de vue du patient est recherché dans son programme d'amélioration de la qualité en appui des résultats des questionnaires E-SATIS, analysés également en CDU. L'établissement analyse, exploite et communique les I.Q.S.S., via les tableaux qualité harmonisés sur tous les pôles d'activité, ainsi que sur les tableaux destinés à la patientèle. Les EIAs sont analysés, exploités en CREX et en RMM. Les comptes-rendus sont transmis aux professionnels via la gestion documentaire informatisée. Bien que l'information, la communication, la prise en compte soit organisée auprès du patient et/ou la personne de confiance, accompagnant, l'établissement n'assure pas la procédure d'annonce du dommage lié aux soins telle que définie dans son document formalisé. La gouvernance dont l'encadrement met en place l'organisation nécessaire auprès des équipes dans la maîtrise des bonnes pratiques cliniques et médicales. Le point de vue du patient est pris en compte notamment à la suite du retour des questionnaires de satisfaction E-SATIS et questionnaires de satisfaction HAD et Urgences. L'établissement, siège d'un SMUR, dispose d'une politique d'amélioration continue de l'organisation en aval des urgences afin d'assurer un parcours intrahospitalier structuré et formalisé. La gouvernance suit le besoin journalier des lits d'aval dans les périodes de tension notamment. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue par la direction et la CME. Tous les secteurs disposant d'une spécialité à risques disposent d'un médecin dûment accrédité. Ces actions sont intégrées au PAQSS de l'hôpital privé d'Ambérieu. 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 : Former le corps médical à l'utilisation des antibiotiques
Respecter les bonnes pratiques d'identification des médicaments à risque S'assurer que l'ensemble des professionnels est formé à l'AFGSU Evaluer la culture sécurité des soins

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	010010718	SAS CLINIQUE D'AMBERIEU	En pragnat nord 01506 AMBERIEU EN BUGHEY FRANCE
Établissement principal	010780203	HOPITAL PRIVE D'AMBERIEU	En pragnat nord Bp 611 01506 AMBERIEU EN BUGHEY FRANCE
Établissement géographique	010005379	HAD AMBERIEU EN BUGHEY	En pragnat nord 01500 AMBERIEU EN BUGHEY 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	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)	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	Oui
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	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	2,788
Nombre de passages aux urgences générales	28,172
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	26
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	46

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	15
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	2
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	26
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	215
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	26
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
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)	6
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	60

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
2	Traceur ciblé			SMUR
3	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Audit système			
6	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

11	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
12	Patient traceur		<p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
13	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
14	Parcours traceur		<p>Soins critiques</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Parcours traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation à domicile</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p>	

15			Patient âgé Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	

18	Audit système			
19	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
20	Audit système			
21	Audit système			
22	Audit système			
23	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Traceur ciblé			Chimiothérapie
27	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Traceur ciblé			Prescription PSL
31	Audit système			

32	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie et Per opératoire
33	Audit système			
34	Audit système			
35	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
36	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
37	Audit système			
38	Audit système			
39	Patient traceur		Médecine Hospitalisation à domicile Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
40	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Maladie chronique Pas de situation particulière	

			Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
42	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable

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

