
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE

89 avenue de bassens
Bp 1126
73000 Bassens



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

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	23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	27
Annexe 3. Programme de visite	31

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

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE	
Adresse	89 avenue de bassens Bp 1126 73000 Bassens FRANCE
Département / Région	Savoie / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	CHS / EPSM

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	730780582	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE	89 avenue de bassens 73011 CHAMBERY Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

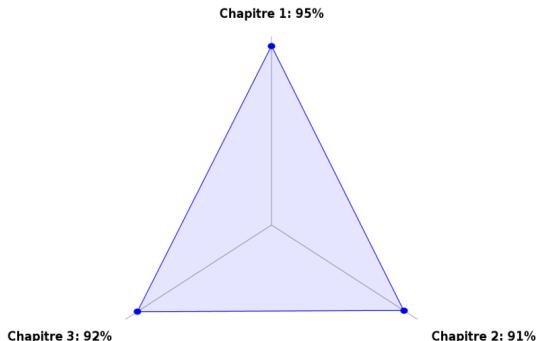
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

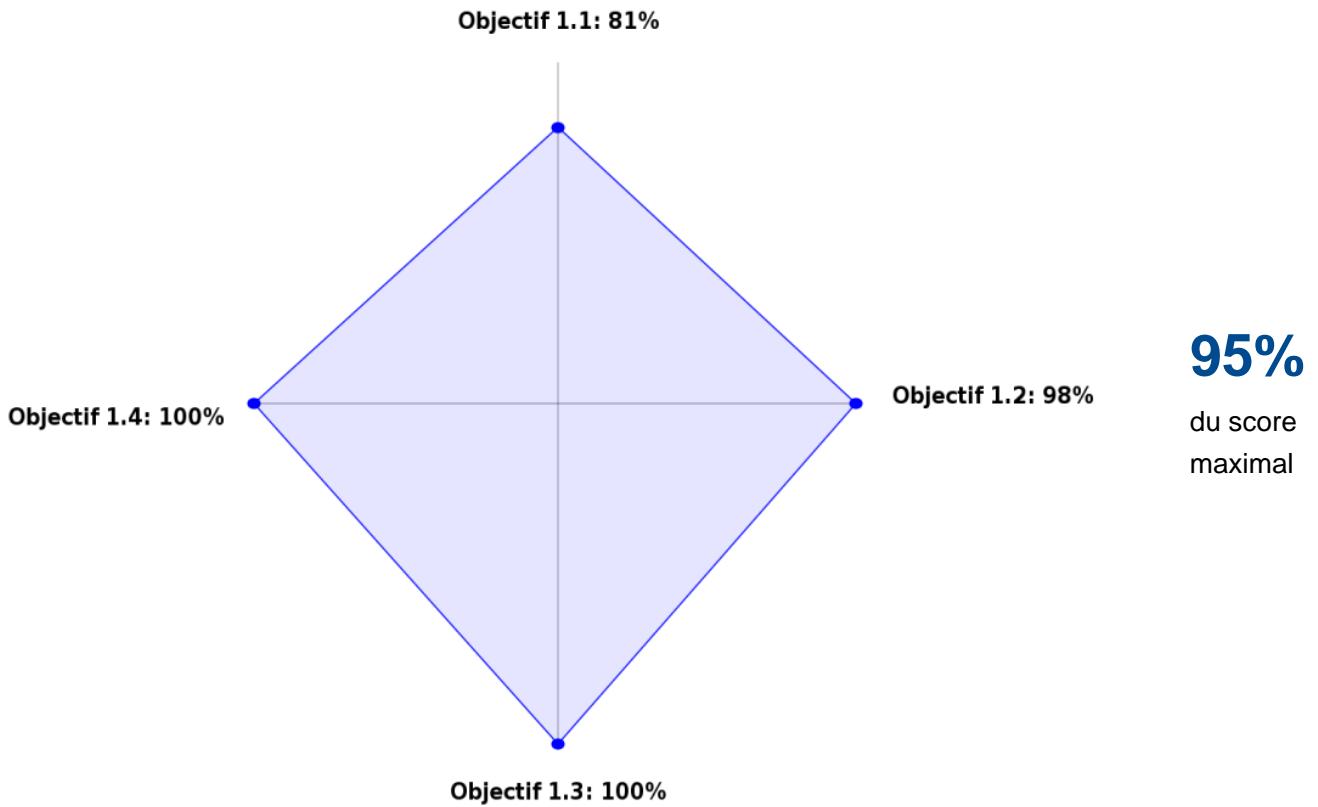
Au regard du profil de l'établissement, 110 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



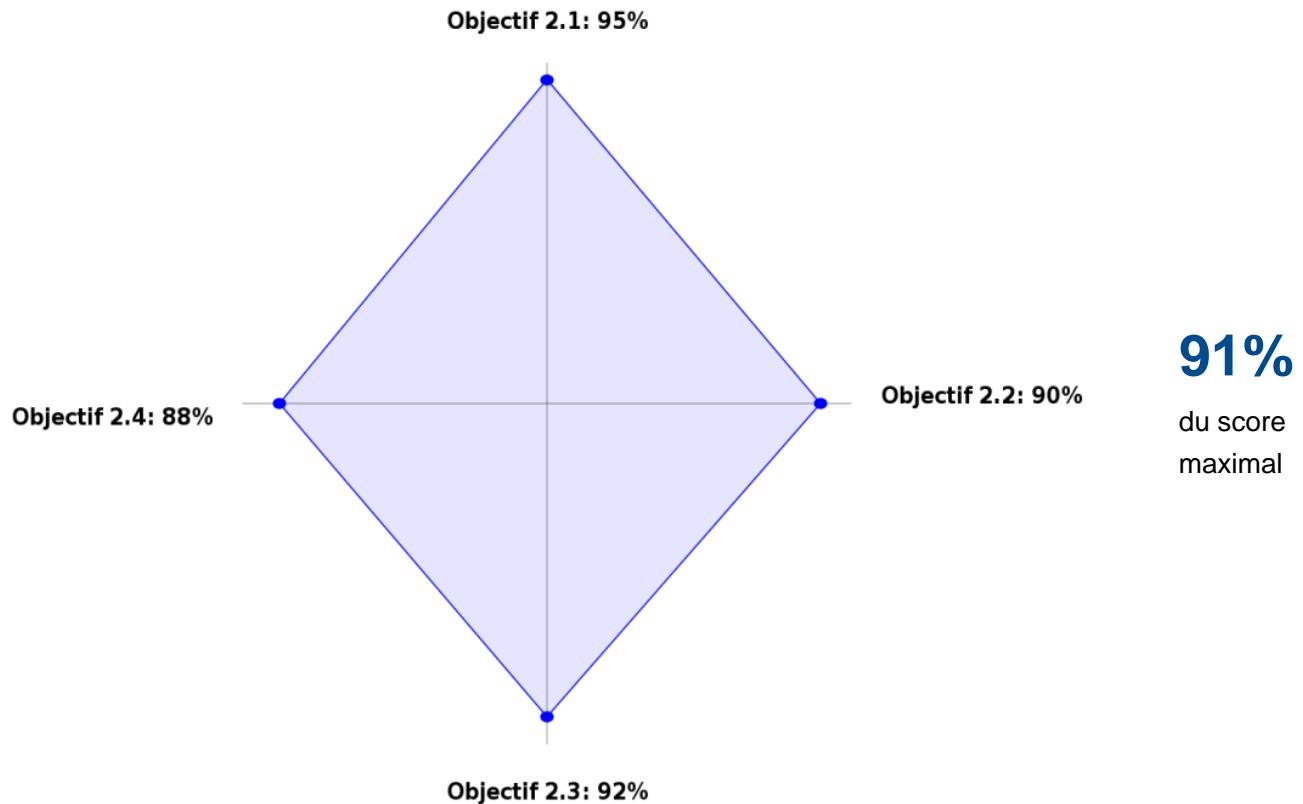
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	81%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Dès son premier contact avec les professionnels du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Savoie, le patient bénéficie d'informations sur les modalités de son admission et de son accueil. Les informations sur son état de santé, sur sa prise en charge et l'organisation de ses soins lui sont apportées tout au long de son hospitalisation grâce à différents moyens de communication (entretien individuel, réunions de synthèse clinique, rencontre avec les familles...). Le consentement libre et éclairé du patient est systématiquement retrouvé quelle que soit sa prise en charge. Le médecin et l'équipe soignante l'impliquent afin de définir son projet personnalisé de soins, en partageant avec lui les bénéfices et les risques. Le patient bénéficie d'actions construites tout au long de sa prise en charge pour devenir acteur face à sa maladie dans le respect des informations le concernant. En pédopsychiatrie, l'avis de l'enfant ou de l'adolescent est recherché et pris en

compte. Avec l'accord du patient et selon la situation, la personne de confiance, quand cette dernière est désignée, les proches et/ou les aidants, peuvent s'impliquer dans la mise en œuvre du projet personnalisé de soins et leur présence est favorisée en dehors des heures de visites dans les situations particulières quand le patient le désire et en a fait état à l'équipe. Chaque secteur d'hospitalisation dispose d'un salon des familles et un espace de rencontre pour les enfants visiteurs est disponible à la maison des usagers. Les patients ne sont pas toujours informés de l'alimentation de leur dossier médical de « Mon Espace santé » et la connaissance par les équipes des documents déposés sur l'espace santé du patient est très hétérogène. L'alimentation du Dossier médical partagé de mon espace santé par les équipes de l'établissement est, cependant, effective mais les médecins de l'établissement ont peu recours à son accès opérationnel lors de l'arrivée du patient. Les patients ne sont pas systématiquement informés de leur droit à rédiger des directives anticipées et méconnaissent souvent les représentants des usagers et les modalités pour les joindre ainsi que leur droit à pouvoir déposer une réclamation ou signaler un événement indésirable durant leur hospitalisation alors que ces informations sont contenues dans un livret d'accueil qui leur est remis et qu'un affichage les reprend dans les services. De la même manière, les patients ne sont pas toujours informés des modalités proposées par exprimer leur satisfaction et leur expérience mais peuvent à tout moment donner leur point de vue sur leur prise en charge. Neanmoins, des questionnaires de satisfaction à la sortie des patients sont en place dans les secteurs d'activité en intra hospitalier et en extra hospitalier, ils sont d'ailleurs spécifiques en pédopsychiatrie mais le taux de retour est faible. Le patient est également invité à parler de son expérience notamment lors d'entretiens en pédopsychiatrie où les parents et l'enfant sont régulièrement rencontrés, à l'occasion de groupes de parole en psychiatrie adulte, lors des démarches de psychoéducation, ou encore, d'éducation thérapeutique. Cependant, des questionnaires spécifiques sur l'évaluation de l'expérience patient ne sont pas déployés dans les secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie. Des actions d'amélioration émanant de l'analyse de l'expérience patient sont présentes dans le Programme d'Assurance Qualité Sécurité des Soins institutionnel (PAQSS), mais les représentants des usagers déclarent ne pas participer à leur analyse et la mise en œuvre des actions d'amélioration. Les équipes définissent le plus souvent des actions d'amélioration sur la satisfaction et sur l'expérience patient au niveau de leur secteur d'activité. L'expertise patient quant à elle, repose sur un réseau de deux pairs aidants intégrés au niveau des équipes soignantes (deux autres en cours de recrutement) plus particulièrement en intra hospitalier et sur des Infirmières en pratiques Avancées (IPA) qui coordonnent le parcours patient. Cet accompagnement des patients par des pairs est relayé à la sortie des patients dans le cadre du réseau organisé par les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) et les Conseils Locaux de Santé Mentale. De multiples actions de communication centrées sur le patient sont en place. L'engagement des patients est une valeur forte du projet d'établissement et du projet des usagers porté par la gouvernance. En secteur ambulatoire, le patient est informé des modalités de prise en charge mais ne dispose pas d'un document type « passeport patient » formalisé, présentant les informations nécessaires à la gestion de sa maladie en dehors de sa présence au centre de jour. L'architecture des bâtiments, le matériel, l'organisation des soins et les pratiques, garantissent le respect de la dignité et de l'intimité du patient ainsi que la confidentialité des informations le concernant au cours de sa prise en charge dans la totalité des secteurs d'activité en intra hospitalier et en extra hospitalier quelle que soit la prise en charge. Il est aussi à noter que l'architecture, le matériel, l'organisation et les pratiques de prise en charge des patients au niveau des espaces d'isolement de l'établissement sont conformes. Les hublots des salles de soins donnant sur les espaces d'isolement ont totalement été occultés. Un plan de modernisation intégrant le matériel de ces dernières est en cours dans le cadre du schéma directeur immobilier sous l'impulsion d'un groupe de travail pluridisciplinaire sur le sujet. De plus, l'établissement s'efforce de préserver des chambres destinées aux patients sortant d'isolement même en situation de tension sur l'activité. La surveillance par les équipes soignantes des patients en espaces d'isolement est suivie et réévaluée lors des staffs quotidiens et un débriefing avec le patient à sa sortie d'isolement est organisé. Même si l'établissement dispose d'un service d'hospitalisation de pédopsychiatrie pour les 13-18 ans, les quelques patients jeunes adultes encore mineurs hospitalisés en service adulte bénéficient toujours d'un environnement adapté avec un projet de prise en charge et des

activités thérapeutiques spécifiques. Dans les services de pédopsychiatrie en hospitalisation et en extra hospitalier, les équipes sont régulièrement formées à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent et les préoccupations sociales, éducatives et scolaire de l'enfant sont une priorité du projet de soins personnalisé. Une maison des adolescents, guichet unique de réponse pour l'adolescent en difficulté, permet l'accompagnement de cette population fragile. La vulnérabilité du jeune adulte est donc maîtrisée quand cela est nécessaire. L'établissement est en cours de déploiement d'espace d'apaisement au sein de chaque service d'hospitalisation. En effet, une étude de recherche clinique sur le sujet menée par des Infirmière en Pratique Avancée (IPA) a démontré la diminution franche des recours à l'isolement lorsque le service dispose d'un espace d'isolement. Dans le cadre du respect de la dignité et de l'intimité du patient, la gouvernance (direction, communauté médicale, soignants...) dans un cadre d'intelligence collective a travaillé sur la suppression du port du pyjama pour certains patients hospitalisés à l'exception de certaines situations cliniques désormais très exceptionnelles argumentées par le médecin psychiatre. L'établissement a également rénové et réajusté les modalités d'admission des détenus, le but étant de trouver le juste équilibre entre la sécurité des autres patients et du personnel tout en respectant les droits des détenus. Le protocole prévoit de sécuriser la prise en charge du détenu, en fonction de l'état clinique, sans l'admettre systématiquement en chambre d'isolement après son examen clinique d'entrée. Le patient bénéficie de soins visant à évaluer et à soulager sa douleur, le plan d'actions mené pour améliorer la traçabilité de l'évaluation de la douleur à son arrivée et de sa réévaluation au regard des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins a été efficace. La prise en charge de la douleur est réalisée avec différentes approches médicamenteuses mais aussi comportementales. Une échelle de suivi de la douleur est adaptée à toutes les formes de handicap pour favoriser l'expression du patient. Le patient, qu'il soit âgé ou qu'il présente des troubles psychiques ou un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour. Les équipes peuvent faire appel à un kinésithérapeutes et à l'équipe mobile de psychogériatrie. En intra hospitalier, une unité nommée « la passerelle » organise des ateliers thérapeutiques de groupe ou individuels et le personnel soignant se déplace également dans les unités afin de proposer des ateliers aux patients en soins sans consentement. Les activités thérapeutiques sont prescrites par les médecins (relaxation, groupe de parole, groupe mémoire, créativité...). Quand la situation le nécessite, les conditions pour que le patient puisse faire valoir sa décision d'accéder à des soins palliatifs en situation de fin de vie sont organisées et reposent sur le partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatif du Centre Hospitalier de Chambéry. Les patients en situation de précarité sociale et de handicap sont particulièrement bien accompagnés grâce à l'action en transversal des assistants sociaux en complémentarité de l'action de l'équipe pluridisciplinaire dans leur inclusion sociale et leur réhabilitation, y compris pour les personnes âgées. Cette démarche en filière commence dès la période d'hospitalisation en intra hospitalier pour s'intensifier lors de la prise en charge ambulatoire notamment grâce à l'activité des différentes équipes mobiles de psychiatrie adulte. La préparation de la sortie du patient est bien organisée avec lui et son entourage et ses conditions de vie habituelles sont intégrées. Une lettre de liaison est désormais presque systématiquement remise au patient lors de sa sortie. Cette lettre contient toutes les informations nécessaires à la continuité des soins, accompagnée des ordonnances nécessaires et est envoyée de manière dématérialisée via une messagerie sécurisée au médecin traitant du patient. Cependant, l'intégration du bilan thérapeutique à la lettre de sortie du patient, et plus particulièrement du patient vulnérable n'est pas encore totalement opérationnelle.

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	90%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	92%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	88%

Dès l'entrée du patient, chaque professionnel réalise une évaluation initiale qui est partagée en équipe afin de proposer et mettre en œuvre le projet thérapeutique du patient. La pertinence de la trajectoire de prise en charge est argumentée et bénéficie d'une réflexion bénéfice risque pluridisciplinaire formalisée au sein du dossier entre l'intra-hospitalier et l'extrahospitalier où le projet thérapeutique et son évaluation pluridisciplinaire est régulièrement effectuée. Pour les entrées en urgence, l'équipe médicale et paramédicale dédiée, située au niveau du service des urgences de l'hôpital de Chambéry oriente le patient vers le service adéquate dans des délais compatibles et contribue aux passages évitables des personnes âgées aux urgences. Un service « post crise » est d'ailleurs à disposition pour éviter des hospitalisations sur le CHS et un suivi est ensuite proposé en Centres Médicaux Pédagogiques (CMP). En fin de compte, le projet de soins individualisé est argumenté et

ajusté tout au long de la prise en charge, lors des entretiens médicaux et lors des réunions pluridisciplinaires. Les équipes sont soucieuses d'effectuer la traçabilité de ce projet au sein du dossier patient informatisé. Les prescriptions, décisions médicales des mesures d'isolement ou de restriction des libertés, sont conformes à la réglementation et la pertinence de leurs choix est systématiquement tracée et réévaluée en équipe pluridisciplinaire, en revanche, la traçabilité de l'évaluation bénéfice risque au regard de l'échec d'autres mesures thérapeutiques alternatives est plus aléatoire. Il est de même pour les décisions de contention qui sont conformes, les équipes médicales et paramédicales ont une politique de forte diminution du recours à cette dernière. Le dispositif formalisé des soins sans consentement est conforme à la réglementation et le patient est toujours informé des décisions le concernant, il reçoit d'ailleurs un double de la décision et du certificat médical qui a engendré cette dernière. Outre le document signé par le patient, la traçabilité de l'information effectuée par le médecin est retrouvée dans le dossier patient informatisé. Le collège médical est opérationnel concernant la réévaluation annuelle des programmes de soins en extra hospitalier. De façon globale, la liberté d'aller et venir au sein des services qui sont tous ouverts est un véritable enjeu poursuivi au quotidien par l'établissement. Cet enjeu réside dans le fait de trouver le juste milieu entre les deux points cardinaux que sont la liberté d'aller et venir et la sécurité. Beaucoup de patients se promènent dans le parc de l'établissement lors de la visite. De façon globale, les équipes sont coordonnées autour de la prise en charge du patient comme par exemple les différents pôles d'activité avec le service de réhabilitation psychosociale (SMART). Cette coordination repose sur la complétude et l'accessibilité du dossier patient en temps utile. Le dossier du patient informatisé est alimenté par l'ensemble des professionnels, ce qui contribue à la continuité et à la coordination des soins notamment entre les équipes des unités d'hospitalisation complète, de l'hospitalisation de jour et celles de l'ambulatoire. Cette coordination est accentuée par l'action des équipes mobiles d'expertise présentes au sein du dispositif intersectoriel, comme par exemple en psychiatrie adulte l'équipe mobile de gérontopsychiatrie, celles de prise en charge de la précarité et de Liaison et d'Accompagnement Educatif (ELAE). Cette coordination s'organise aussi en externe dans le réseau médico-social de prise en charge du patient et plus particulièrement entre les hôpitaux de jour/CMP et la médecine de ville. Le déploiement de la télésanté ne s'est pas encore imposé pour améliorer la coordination efficace des parcours. Par ailleurs, les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte s'organisent de façon efficace afin d'anticiper et d'assurer une transition réussie lors du passage de témoin à l'âge adulte de l'enfant. Cette coordination donne d'ailleurs sens à l'organisation des parcours patients. La prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins et les équipes évaluent le délai d'entrée dans la file active qui est tout à fait adapté aux besoins des patients. Chaque structure extrahospitalière adulte et de pédopsychiatrie dispose d'un accueil soignant qui analyse le degré d'urgence et peut de manière inopinée prévoir un entretien avec un psychiatre ou une hospitalisation non programmée sur les secteurs d'intra hospitaliers. Les critères de sévérité sont évalués et plus particulièrement celui du risque suicidaire. Un dispositif est en place, réajusté lors d'une Revue de Morbi Mortalité (RMM) sur le sujet, pour que les équipes puissent évaluer et suivre les patients présentant ce risque. En intra hospitalier, les professionnels évaluent cliniquement le risque suicidaire et le notifient dans le dossier du patient. En cas de risque avéré, les soignants disposent de prescriptions adaptées demandant au patient de leur remettre certains objets personnels. Le suivi du risque suicidaire est relayé au niveau des centres de jour où les soignants mettent en place un suivi personnalisé. Enfin, lors de leur sortie, un numéro d'appel de prévention du suicide est donné aux patients. L'établissement dispose aussi d'une plateforme téléphonique d'Accueil Téléphonique d'Ecoute et d'Orientation (ATEO) que les patients peuvent appeler la journée. L'établissement veille à maîtriser la gestion des récidives d'épisodes de violence des patients. Les équipes agissent en prévention en mettant en œuvre les interventions de pacification et de désescalade adaptées aux patients en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie. Ces actions sont d'ailleurs reprises lors des réunions cliniques. Cependant, le plan de crise conjoint entre les équipes et le patient n'est pas toujours formalisés. La prise en charge somatique du patient est assurée dans les secteurs intra-hospitaliers grâce à l'organisation des soins somatiques en place qui permet le plus souvent à chaque patient hospitalisé d'avoir une consultation somatique dans les premières 24h, soit en passant par les urgences, soit en étant vu par l'équipe de médecins généralistes et qui permet à chacun

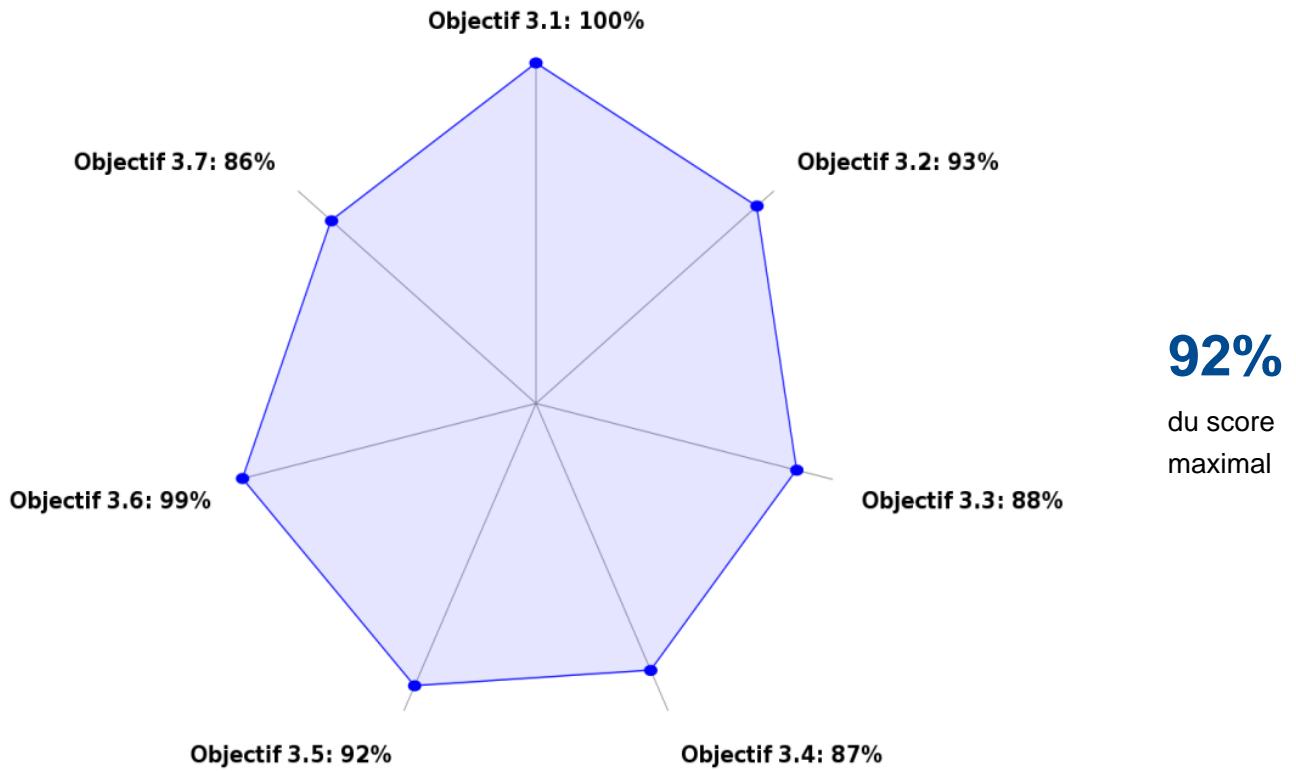
d'être suivi durant leur séjour. Le suivi somatique du patient est favorisé par la présence sur site d'un service de spécialités médicales offrant un accès à des consultations de cardiologie, de neurologie, d'ophtalmologie, et également à des soins dentaire et de pédicure. Ce plateau technique dispose aussi d'une activité de rééducation avec un Kinésithérapeute et de deux diététiciennes qui investissent leur mission de dépistage et de suivi des risques liés à la dénutrition. La pertinence des décisions de prise en charge somatique s'appuie sur des protocoles. Tous les éléments nécessaires à la prise en charge somatique sont tracés dans le dossier.

L'établissement dispose de filières intégrées de recours de la prise en charge somatique sur les établissements sanitaire du GHT et plus particulièrement celui de Chambéry. En secteur ambulatoire, les équipes entretiennent un partenariat étroit avec les médecins généralistes des patients. Elles s'efforcent également de trouver un médecin traitant aux patients qui n'en ont pas, en s'appuyant sur leur réseau, sur les Comités de Liaison en Santé Mentale (CLSM) et sur les Communautés Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) auxquelles elles participent. Ce suivi somatique est renforcé par l'action des Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) comme sur le CMP d'Aix les bains ou l'HDJ Mandala à Chambéry, où à l'admission les patients remplissent un auto-questionnaire « informations somatiques complémentaires à votre suivi en extrahospitalier" déployé sur toutes les structures extrahospitalières depuis 2024. L'identification et la prévention des risques de dépendance iatrogènes de la personne âgée sont effectuées et tracées dans le dossier soins. Les équipes connaissent les circuits des vigilances, notamment ceux de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. L'instance gestionnaire des vigilances fonctionne. La politique vaccinale est arrêtée et sa promotion est assurée par la médecine du travail et l'équipe d'hygiène hospitalière. En matière d'identitovigilance, les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les procédures en cas de doublon d'Identifiant Permanent du Patient ou de collisions sont connues et conformes. La qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS) est opérationnelle à l'entrée du patient au niveau du bureau des entrées, par des agents formés et habilités, le taux de qualification est d'ailleurs conforme. Le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments est retrouvé au sein de l'établissement.

Dans les unités, l'administration des médicaments est toujours tracée lors de la prise par le patient et les médicaments sous forme de gouttes sont préparés lors de l'administration. L'approvisionnement ainsi que l'accès aux produits de santé et leur stockage sont organisés, y compris en dehors de la dispensation nominative quotidienne et en période de permanence des soins. L'analyse pharmaceutique est opérationnelle mais cette dernière n'intègre pas les données du dossier pharmaceutique du patient. La maîtrise des médicaments à risques est assurée. Ces médicaments sont identifiés de la délivrance à l'administration et les équipes rencontrées connaissent les médicaments à risques spécifiques pour la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et les personnes âgées ainsi que les éléments iatrogènes et les conseils d'éducation à donner aux patients. Par ailleurs, différents audits sont effectués et prévus par la pharmacie et la déclaration des événements indésirables liées aux médicaments est acquise avec des analyses effectuées par les Comité de Revues d'Expérience (CREX) de chaque pôle d'activité en présence du pharmacien responsable. La prescription et la réévaluation des antibiotiques sont retrouvées argumentées dans les dossiers patients. Les médecins disposent de référence de bonnes pratiques sur le sujet. Enfin, la conciliation médicamenteuse est clairement déployée. Les bonnes pratiques de la maîtrise du risque infectieux en matière d'hygiène des mains et des précautions standards et complémentaires sont appliquées par les équipes pluridisciplinaires au sein de l'établissement et des audits de pratiques comme celui de l'hygiène des mains sont effectués. En revanche, les équipes ne connaissent pas toutes le résultat de l'indicateur ISCHA de leur secteur d'activité. L'équipe d'hygiène est particulièrement bien identifiée dans le dispositif. La politique et le programme d'audits sont portés par l'équipe d'hygiène hospitalière de l'établissement qui organisent aussi régulièrement des formations y compris en secteur d'extrahospitalier. De plus, les équipes suivent les bonnes pratiques liées aux dispositifs invasifs comme les cathéters veineux. Elles disposent des protocoles adéquates. Le transport en intra hospitalier et en extra hospitalier pour les rendez-vous de consultations spécialisées, d'examens complémentaires des patients ou de transferts d'usagers est organisé et repose sur une équipe disposant d'un véhicule sanitaire léger et d'une ambulance couchée. Les transports sont toujours assurés en binôme avec un

soignant et les patients sont informés de la date et des horaires des transports par les soignants. L'évaluation des pratiques professionnelles par les équipes est homogène et aboutie au regard des résultats cliniques liés aux spécificités des patients hospitalisés au sein des unités, de l'analyse des événements indésirables, des Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) et de l'expérience patient. Les équipes s'expriment souvent sur des démarches d'évaluation élaborées lors des réunions de synthèse ou d'analyse des pratiques concernant par exemple les parcours spécifiques ou des prises en charge complexes en secteur extrahospitalier par les équipes mobiles. La plupart des équipes s'expriment sur le suivi d'indicateurs liés à l'isolement. Une commission institutionnelle est instaurée et les équipes de psychiatrie, et plus particulièrement les équipes médicales, mettent en œuvre une politique de réduction du nombre et de la durée des isolements thérapeutiques, le bilan annuel transmis à l'Agence Régionale de Santé en témoigne. De façon globale, la déclaration et l'analyse des événements indésirables ou des presque accidents est en place. La culture de la déclaration et la définition d'actions d'amélioration à l'issue de l'analyse sont acquises. En effet, les équipes d'intra hospitalier et d'extra ,hospitalier quelle que soit la prise en charge, témoignent de la déclaration et de l'analyse d'évènements indésirables et s'expriment sur la charte de confiance et d'incitation à la déclaration de ces derniers. L'analyse des événements indésirables graves est effectuée conformément aux bonnes pratiques. L'information du patient en cas d'événement indésirable est organisée et tracée dans son dossier. Les équipes connaissent les plans d'action décidés par le Comité de Revue de l'Expérience (CREX) de leur pôle. Par ailleurs, la communication des plans d'actions des autres pôles ayant vocation à être déployés au sein de tous les secteurs car inhérent à un risque pouvant survenir dans tous les secteurs est opérationnelle. Les équipes pour peuvent être accompagnées individuellement ou collectivement par la psychologue du travail lors d'événement indésirables graves. Les équipes commence à participer au recueil, à l'analyse des IQSS de leur secteur d'activité, de leur pôle, pour ensuite définir des actions d'amélioration au regard de ces résultats et s'expriment aisément sur le sujet en nous citant à la fois les résultats et les actions d'améliorations entreprises. Ces éléments sont repris dans des tableaux de bord intégrés au programme d'actions global du pôle. De la même façon, les équipes analysent et font évoluer leurs pratiques professionnelles au regard de la satisfaction et de l'expérience patient. Des actions d'amélioration de la qualité des examens biologiques sont opérationnelles avec le laboratoire du Centre Hospitalier de Chambéry et les services disposent de tableaux de suivi des non conformités avec proposition d'actions d'amélioration. Le suivi des délais de rendu des examens d'imagerie avec le service d'imagerie de l'hôpital de Chambéry est organisé. L'établissement dispose de créneaux de RDV pour l'imagerie de coupe. Les doses de rayonnements ionisants reçues par les patients sont tracées dans le compte rendu d'imagerie.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	88%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	87%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	92%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	86%

Le Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie se positionne comme établissement pivot, au sein de son bassin d'attractivité de 440000 habitants sur le département de la Savoie, de la prise en charge en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie et est tête de pont de la coordination du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Il est à l'initiative de la création d'un nouvel axe prioritaire de ce PTSM sur la prise en charge des vulnérabilités en

santé mentale. L'établissement fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Savoie Belley composé de sept Centres Hospitaliers dont quatre en direction commune le Centre Hospitalier Métropole Savoie établissement support du GHT et les Centres hospitaliers d'Albertville Moutiers, de Belley Bugey sud et de Saint D'Albigny ainsi que deux autres établissements les Centres Hospitaliers de Bourg Saint Maurice et de la Vallée de Maurienne dont les axes principaux du projet médical partagé du GHT sont de renforcer la coopération entre les établissements de santé et de garantir une égalité d'accès à de soins sécurisés de qualité. L'établissement est aujourd'hui organisé en pôles d'activité : 3 pôles de psychiatrie adulte dont 2 par zone géographique et 1 intersectoriel, 1 pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 1 pôle médico-technique, 1 pôle Médico-social et un pôle Appui. Les pôles cliniques sont organisés en filière rassemblant les unités extra hospitalières et les unités intra hospitalières avec un point d'ancre clairement identifié sur les différents services d'urgence de son territoire. L'établissement a mis en place divers partenariats, ce qui démontre sa volonté d'aller vers les autres partenaires du territoire notamment avec les Comités Locaux de Santé (CLS) et les CLSM ainsi qu'avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) par secteurs et par pôles. L'articulation avec les GEMS Groupes d'Entre aide Mutuelle est organisée afin de fluidifier les parcours, notamment lors de la sortie des patients d'intra-hospitalier. Les prises en charge de recours sont organisées avec le Centre Hospitalier Métropole Savoie de Chambéry, une équipe de psychiatrie de périnatalogie est d'ailleurs présente sur la maternité. L'établissement a aussi privilégié des partenariats avec les établissements médico sociaux (MAS et FAM) et les EHPAD de son territoire où il se positionne en appui des prises en charge complexes afin que les situations problématiques soient gérées en amont d'une demande d'hospitalisation. Les échanges d'informations entre les structures, notamment ambulatoires, la ville et la médecine libérale sont organisées et reposent sur des modalités de communication multiples dont une messagerie sécurisée utilisée par les professionnels, qui permet aux usagers et aux médecins de ville de contacter les structures aisément. Une plateforme téléphonique « ATO » est à la disposition des patients, des familles et des médecins traitants afin de répondre aux interrogations de ces derniers. Des soirées « tables rondes » sont organisées avec les médecins libéraux sur la thématique de la rupture des parcours et des forums sont également organisés sur le sujet. En conclusion, la trajectoire du parcours patient en aval des urgences est fluide afin d'assurer la sécurité de la prise en charge du patient, la coordination des parcours de recours psychiatrique sur le territoire est assurée et le maillage organisationnel avec le réseau et plus particulièrement avec les établissements médico-sociaux se consolide. La recherche clinique et l'innovation thérapeutique sont en cours de déploiement avec l'adhésion à une plateforme régionale pour la recherche clinique pilotée par le Centre Hospitalier du Vinatier et la participation à un appel à manifestation sur une unité de recherche entre le Centre hospitalier Métropole Savoie et l'université de Savoie. Par ailleurs, des IPA ont mené une recherche sur la diminution du recours à l'isolement grâce à la mise en place des chambres d'apaisement. La Commission Des Usagers (CDU) est en place, la gestion des plaintes est organisée mais les représentants des usagers déclarent ne pas participer à l'analyse de ces dernières et à la définition d'actions d'amélioration. Elles leurs sont présentées en CDU et une pré-réunion de CDU est organisée avec eux pour les informer. Les soignants connaissent le plus souvent les plaintes et les actions correctives définies pour leur secteur d'activité mais ne connaissent pas les recommandations faites par la CDU. L'accès du patient à son dossier est organisé et suivi. Enfin, les représentants des usagers à la CDU contribuent à la politique d'accueil et de prise en charge des patients, ils proposent des actions d'amélioration annuellement intégrées dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de Sécurité des Soins (PAQSS) mais ces actions ne sont connues des équipes. Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration du volet droits des usagers du projet d'établissement et un projet des usagers est rédigé. Les représentants des usagers peuvent aussi aller dans les services de soins pour rencontrer les patients en concertation avec les soignants et ont à disposition une maison des usagers et des associations. Les représentants des usagers ont la volonté de s'impliquer encore plus dans la vie de l'établissement, et dans les démarches de réhabilitation psychosociale soutenues par la gouvernance. De plus, l'établissement prévoit d'intensifier leur participation à la démarche qualité et à la démarche éthique sur le terrain en les faisant participer au comité d'éthique. Un comité éthique est en place

avec pour objectif prioritaire une démarche proactive afin de se faire connaître au niveau des unités de soins via des ateliers sur l'éthique avec les équipes. Des formations spécifiques à la démarche éthique sont inscrites au plan de formation. Les modalités de saisie du comité par les équipes sont organisées. La culture du questionnement éthique est ancrée comme en témoignent les équipes. Enfin, les accès aux bâtiments et aux plateaux techniques sont le plus souvent adaptés à tous les types de handicaps et l'accessibilité des patients présentant tous types d'handicaps est visée par tous les projets de réhabilitation du schéma directeur immobilier. Les valeurs de bientraitance sont présentes au sein du projet d'établissement et se traduisent au quotidien dans les parcours de prise en charge des patients où la bienveillance est le mot clé des pratiques professionnelles. L'établissement dispose d'un dispositif de déclaration des situations de maltraitance connu des équipes, qui connaissent les conduites à tenir pour les détecter. Une cartographie des risques de maltraitance est élaborée au niveau institutionnel. Enfin, l'accès à l'établissement des personnes vulnérables est favorisé et sécurisé par l'action efficace des équipes pluridisciplinaires et plus particulièrement des assistantes sociales. La position de leadership de la gouvernance est affichée dans les orientations stratégiques du projet d'établissement 2024-2028 et dans la politique qualité gestion des risques avec 4 axes prioritaires. Cette politique se traduit dans les modes d'organisation managériale de l'institution, outre une délégation qualité, on retrouve un niveau stratégique avec les instances décisionnelles comme le directoire et la CME qui ont un rôle moteur de leadership en la personne de leur président. Ensuite, un niveau pilotage de coordination est structuré autour d'un comité de pilotage COPIL qualité, d'un Coordonnateur de la Gestion des Risques associés aux soins, d'une cellule de gestion des risques, d'une cellule des vigilances et de la Commission Des Usagers. Annuellement, les orientations stratégiques sont réajustées par le COPIL Qualité. Au niveau opérationnel, on retrouve en transversal des groupes thématiques sur 16 processus identifiés comme celui sur la maîtrise du risque infectieux et les sous-commissions de la CME comme le Comité de Lutte contre la Douleur CLUD ainsi que des comités spécialisés comme ceux sur l'isolement ou les urgences vitales. L'action de ces comités est relayée au niveau des pôles d'activités qui disposent d'un contrat de pôles et d'une déclinaison du Programme Qualité Sécurité de Soins (PAQSS) ainsi qu'un Comité de Retour d'Expérience (CREX)/Revues de Morbi-Mortalité (RMM). La politique se décline donc au sein d'un PAQSS qui se décline lui-même au niveau de chacun des pôles d'activité. Le programme des pôles se met en place sur le terrain en actions concrètes qui sont connues des équipes soignantes car des outils de communication sont élaborés par la direction qualité et le réseau d'encadrement animé par la direction des soins ainsi que le binôme cadre de pôle / médecin chef de pôle communiquent en réunion d'équipe sur le sujet. La déclinaison au niveau des pôles intègre l'analyse des IQSS, la satisfaction patient, l'analyse de l'expérience patient et l'analyse à priori et postérieur des risques. Les indicateurs qualités (suivi de la douleur, présence de la lettre de liaison à la sortie...) sont étudiés au niveau institutionnel et présentés en instance. L'établissement soutient la maîtrise des bonnes pratiques et plus particulièrement la CME qui mobilise les équipes médicales sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes au regard de l'activité. L'établissement a élaboré une stratégie pour favoriser l'ancrage des éléments communiqués concernant les équipes paramédicales qui repose sur le relai de communication que sont les cadres de proximité. Au final, la dynamique de soutien de la culture qualité en place au niveau de la gouvernance, diffuse au niveau de l'établissement et l'ancrage de l'appropriation de la démarche qualité par les équipes au niveau des secteurs d'activité est acquise et se consolide grâce à la délégation de gestion instaurée par la contractualisation interne. Cette culture qualité reste à être évaluée par un outil structurant. Le pilotage de l'adéquation des ressources humaines en fonction des nécessités liées à la qualité de la prise en charge des patients est régulé en fonction des impératifs de prise en charge par la gouvernance du pôle mais la direction des soins veille à un équilibre d'équité entre les équipes. Une équipe transversale de 4 infirmiers (IDE) est à disposition des services notamment pour soutenir les équipes dans la prise en charge des patients en espaces d'isolement. L'établissement dispose d'un pool de remplacement IDE et Aides-Soignants et a déployé un outil de gestion des remplacements « hublo » en faisant appel à ses propres agents rémunérés en heures supplémentaires s'ils reviennent travailler sur leur repos. Tous les outils nécessaires à la sécurisation de leurs

pratiques lorsqu'ils remplacent dans un autre service que le leur sont disponibles. Enfin, la gouvernance soutient les managers (cadres, médecins chefs de services et de pôles) par des formations, de l'analyse des pratiques professionnelles, du co-développement et l'accès à des démarches de coaching. Le travail en équipe est une priorité de la gouvernance. Des démarches d'analyse des pratiques sont menées au niveau des équipes mais aussi au niveau des collèges métiers comme ceux des psychologies ou des assistants sociaux. Une démarche institutionnelle par la formation « Socle Care » de prise en soin individuelle et collective qui contribue à la mise en œuvre d'un climat relationnel positif. L'illustration en est la démarche d'audit et de maintenance des chambres d'isolement qui a conduit à une remise en question des pratiques. Au niveau des pôles, des temps institutionnels sont également prévus pour soutenir le travail en équipe. Le maintien du dispositif lié à l'engagement collectif mobilise aussi les équipes sur la dimension du travail en équipe.

Cependant, des programmes d'Amélioration des Conditions de travail en Équipe ne sont pas mis en œuvre. La démarche pour assurer les connaissances et les compétences individuelles et collectives est en place et un lien fort est opéré entre le dispositif de l'entretien personnalisé d'évaluation suivi de l'entretien de formation et le plan de formation et de développement des compétences institutionnelles. La synchronisation des temps des équipes est gérée au niveau de chacun des pôles. Cependant, des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences au niveau des pôles d'activités et des services ne sont pas généralisés. Une politique Qualité de Vie et des conditions de travail (QVT) est issue d'un baromètre social de 2023 et se décline en actions concrètes dans le projet social 2024-2028 dont la priorité est le déploiement d'une nouvelle méthodologie d'élaboration du Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels (DUERP). Des questionnaires travaillés avec les partenaires sociaux sont régulièrement proposés aux agents afin de réévaluer le programme d'actions. Cette démarche QVT est connectée avec la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences de l'établissement. La gestion des conflits interpersonnels est assurée soit par l'encadrement soit par la médecine du travail, ou encore par la psychologue du travail directement qui est bien identifiée par les équipes. Un dispositif de conciliation sous la forme d'une commission est en cours de mise en place au niveau du GHT. La gestion des tensions hospitalière est maîtrisée. Un dispositif de gestion des lits fonctionne afin de gérer les flux et maîtriser les tensions. Le plan blanc est élaboré avec un volet identifiant les situations sanitaires exceptionnelles auxquelles l'établissement peut être confronté. L'intégration du volet risque numérique est fonctionnelle. Une cellule de crise est opérationnelle et la maîtrise des moyens humains et matériels en cas de crise est organisée. Un plan blanc déclenché l'année dernière a permis après un retour d'expérience de réajuster le dispositif. Cependant, l'établissement fonctionne actuellement avec une forte tension sur ses effectifs notamment médicaux ce qui nécessite la fermeture de lits d'hospitalisation au niveau d'un pôle. La gouvernance essaie de juguler cette pression constante sur ses organisations en optimisant sa politique de recrutement. La sécurité des biens et des personnes est structurée et est intégrée à un plan de sécurisation et de sûreté adapté aux besoins de l'établissement qui se traduit dans un programme d'actions où un juste équilibre entre la sécurité et la liberté d'aller et venir est toujours recherché. Ce plan de sécurisation est d'ailleurs en cours de réajustement dans le cadre du schéma directeur immobilier. Les équipes déclarent travailler en sécurité grâce à l'organisation d'entraide entre équipe sécurisée par le système DATI, à des formations sur la désescalade de la violence et plébiscite l'équipe du service d'accompagnement des situations à risques transversale composée de 4 soignants infirmiers et aides soignants 7jours/7 créée pour intervenir en support des équipes de services si nécessaire lors d'agitation de patient. L'établissement dispose d'un programme de développement durable, animé par un directeur adjoint, très avancée allant de la recherche d'économie en énergie en passant par les filières déchets (diminution de 5% des déchets ordures ménagères et de 20% de déchets issus de l'activité de soins) et se terminant par un aménagement et mise en valeur des espaces naturels du site. Les équipes témoignent d'actions de communication sur le sujet comme une fresque sur le climat en 2024, et un « Jeudi du CHS » sur cette thématique en avril 2025. La mobilité durable est aussi déployée. Des projets d'éco-soins au niveau des secteurs d'activités sont amorcés. La prise en charge des urgences vitales est opérationnelle et adaptée dans les services d'hospitalisations complètes et au sein des structures extra hospitalières. Un numéro d'appel unique lors des urgences vitales est en place et connu des

professionnels. Les professionnels s'expriment aisément sur les symptômes qui permettent de détecter une urgence vitale. La formation AFGSU obligatoire est suivie et les soignants disposent de cette validation dans la grande majorité. L'évaluation globale du dispositif est effectuée sous forme d'un retour d'expérience assuré par le comité urgence vitale présidé par le responsable de l'unité de médecine somatique. La vérification du matériel d'urgence facilement accessible, est effectuée et suivie. La démarche d'exercices de simulation à l'urgence vitale dans les unités de soins est amorcée. 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 : Mettre à disposition des patients, notamment en ambulatoire, un document spécifique, leur permettant de disposer de l'ensemble des informations nécessaires à la gestion de leur maladie en dehors de leur hospitalisation Resensibiliser les patients sur leurs droits (directives anticipées, représentants des usagers, modalités de soumission d'une plainte/réclamation, etc.) Formaliser les plans de crise conjoint entre les équipes de soins et le patient, garantissant la bonne maîtrise de la gestion des récidives d'épisodes de violences

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	730780582	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE	89 avenue de bassens 73011 CHAMBERY Cedex FRANCE
Établissement géographique	730012846	CENTRE DE SANTE DE BASSENS	89 avenue de Bassens 73000 BASSENS FRANCE
Établissement géographique	730012622	SMSAH SA'INSPIR	89 Avenue de Bassens 73000 BASSENS FRANCE
Établissement géographique	730012655	HJ ADULTES ALBERTVILLE	2 rue Léontine Vibert 73200 ALBERTVILLE FRANCE
Établissement géographique	730012333	HJ ADULTES SAINT-JEAN-DE-MAURIENNE	81 rue du Dr Grange 73300 ST JEAN DE MAURIENNE FRANCE
Établissement géographique	730012630	CMP/CATTP ENFANTS CHALLES LES EAUX	Avenue des Massettes 73190 CHALLES LES EAUX FRANCE
Établissement géographique	730012325	CMP/CATTP ENFANTS CHAMBERY UPPN	73011 CHAMBERY FRANCE
Établissement géographique	730011814	CMP ENFANTS MODANE	50 rue Sainte Barbe 73500 MODANE FRANCE
Établissement principal	730000304	CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LA SAVOIE	89 avenue de bassens Bp 1126 73000 Bassens FRANCE
Établissement géographique	730010550	HOPITAL DE JOUR CHAMBERY VILLE	73000 Chambery FRANCE
Établissement géographique	730010543	HOPITAL DE JOUR ST JEANDE MAURIENNE	73300 Saint-Jean-De-Maurienne
Établissement géographique	730010535	CHS DE SAVOIE-HJ/CMP/ CATTP LA MOTTE SERVOLEX	73290 La Motte-Servolex
Établissement géographique	730010527	HOPITAL DE JOUR AIX LES BAINS	73100 Aix-Les-Bains FRANCE
Établissement géographique	730011798	CMP ENFANTS	1 rue du president pierre coty 73200 ALBERTVILLE FRANCE

Établissement géographique	730010733	CMP - MODANE G04 ADULTES	50 rue sainte barbe 73500 MODANE FRANCE
Établissement géographique	730011780	MAISON DES ADOLESCENTS	303 quai des allobroges 73000 CHAMBERY FRANCE
Établissement géographique	730010931	CMP CATTP MOUTIERS	61 rue des grenettes 73600 MOUTIERS FRANCE
Établissement géographique	730010766	CMP LA ROCHELLE	5 place albert rey 73110 LA ROCHELLE FRANCE
Établissement géographique	730010428	CMP CATTP ST JEAN DE MAURIENNE	107 avenue du mont cenis 73300 ST JEAN DE MAURIENNE FRANCE
Établissement géographique	730010899	CMP CATTP MOUTIERS	44 avenue du chemin de fer 73600 MOUTIERS FRANCE
Établissement géographique	730010840	CMP/CATTP ADULTES YENNE	111 route de Chambuet 73170 YENNE FRANCE
Établissement géographique	730010873	CMP/CATTP ADULTES ST-JEAN-DE-MAURIENNE	81 rue Dr Grange 73300 ST JEAN DE MAURIENNE FRANCE
Établissement géographique	730010923	CMP/CATTP ENFANTS YENNE	Chemin du Port 73170 YENNE FRANCE
Établissement géographique	730010865	CMP CATTP MONTMELIAN	94 rue a.borel 73800 MONTMELIAN FRANCE
Établissement géographique	730010774	CMP COGNIN	1 rue villa romaine 73160 COGNIN FRANCE
Établissement géographique	730011285	HOPITAL DE JOUR MOUTIERS	61 rue grenette 73600 MOUTIERS FRANCE
Établissement géographique	730010915	CMP/CATTP ENFANTS AIX-LES-BAINS ATRIUM	Place Maurice Mollard 73100 AIX LES BAINS FRANCE
Établissement géographique	730010881	CMP/CATTP ADULTES ALBERTVILLE	2 rue Léontine Vibert 73200 ALBERTVILLE FRANCE
Établissement géographique	730010378	CMP CATTP CHAMBERY	20 rue gotteland 73000 CHAMBERY FRANCE
Établissement géographique	730001518	CMP ADULTES CHAMBERY	140 rue paul bert 73000 CHAMBERY FRANCE
Établissement géographique	730010618	CATTP COGNIN	6 rue de l'epine 73160 COGNIN FRANCE

Établissement géographique	730010832	CMP CATTP AIX LES BAINS	30 avenue victoria 73100 AIX LES BAINS FRANCE
Établissement géographique	730011277	HJ ENFANTS ALBERTVILLE	2 rue Léontine Vibert 73200 ALBERTVILLE FRANCE
Établissement géographique	730010907	CMP CATTP CHAMBERY	339 rue costa de beauregard 73000 CHAMBERY FRANCE
Établissement géographique	730008299	HOPITAL DE JOUR ADULTES COGNIN JACQUES PREVERT	34 rue de la digue 73160 COGNIN FRANCE
Établissement géographique	730010568	CMP CHAMBERY	270 rue du maconnais 73000 CHAMBERY FRANCE
Établissement géographique	730010956	CMP/CATTP ENFANTS ALBERTVILLE	2 rue Léontine Vibert 73200 ALBERTVILLE FRANCE
Établissement géographique	730010782	CMP ENFANTS BOURG-SAINT-MAURICE	139 rue du Nantet 73702 BOURG ST MAURICE FRANCE
Établissement géographique	730010758	CMP ADULTES BOURG-SAINT-MAURICE	139 rue du Nantet 73702 BOURG ST MAURICE FRANCE
Établissement géographique	730010741	CMP AIGUEBELLE	Résidence les acacias – 99 grande rue 73220 AIGUEBELLE FRANCE
Établissement géographique	730010709	CMP LA ROCHELLE	5 place albert rey 73110 LA ROCHELLE FRANCE
Établissement géographique	730010824	CMP CATTP	45 porte de la ville 73330 LE PONT DE BEAUVOISIN FRANCE
Établissement géographique	730010659	CMP/CATTP ADULTES CHAMBERY CHAMPAGNE	183 rue de Champagne 73000 CHAMBERY FRANCE
Établissement géographique	730011269	HJ ENFANTS BASSENS CHANTOISEAU	89 avenue de Bassens 73000 BASSENS FRANCE
Établissement géographique	730011251	HJ ENFANTS AIX-LES-BAINS ATRIUM	Place Maurice Mollard 73100 AIX LES BAINS FRANCE
Établissement géographique	730001609	CMP/CATTP/HJ ADULTES CHAMBERY MANDALA	39 avenue de merande 73000 CHAMBERY FRANCE

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

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

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

	Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité		
	Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire		
	Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
	Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
	Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement		
	Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent		
	Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
	Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé		
	Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
	Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences		
	Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR		
Soins Médicaux et de Réadaptation		
	Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	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	226

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	8
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	234
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	77
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	28
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	105
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	13
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	15
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	2
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	30
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	52,928
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	29,059
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	81,987
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur			
2	Patient traceur			
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
4	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
9	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA

	Parcours traceur	Ambulatoire Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
10			
11	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves	EI critique ou presqu'accident
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé	Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé	Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
14	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins	Précautions standard et complémentaires
15	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves	EI critique ou presqu'accident
16	Parcours traceur	Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale	

			Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
18	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
19	Audit système	Leadership		
20	Audit système	Maitrise des risques		
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
22	Audit système	Entretien Professionnel		
23	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Dynamique d'amélioration		
26	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent	

27		Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
28	Patient traceur	Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
29	Patient traceur	Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
30	Patient traceur	Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé	Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
32	Patient traceur	Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
	Audit	Entretien Professionnel	

33	système			
34	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
35	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
37	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
38	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
	Parcours		Adulte	

	traceur		Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
39				
40	Audit système	Entretien Professionnel		
41	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
42	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
44	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé	

			Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
45	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement Urgences	
46	Audit système	Représentants des usagers		
47	Audit système	Entretien Professionnel		
48	Audit système	QVT & Travail en équipe		
49	Audit système	Coordination territoriale		
50	Audit système	Engagement patient		
51	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
52	Audit système	Risques numériques - Professionnels		

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

