



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

GCS CLINIQUE HERBERT

19 chemin de saint pol
73100 AIX LES BAINS



Validé par la HAS en Janvier 2026

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Janvier 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	20
Synthèse du chapitre 2	21
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	24
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	26
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	28
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	29
Chapitre 3 : L'établissement	30
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	30
Synthèse du chapitre 3	31
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	33
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	34
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	36
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	37

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

GCS CLINIQUE HERBERT	
Adresse	19 chemin de saint pol 73100 AIX LES BAINS FRANCE
Département / Région	Savoie / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Privé
Type d'établissement	GCS ES

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	730012481	GCS CLINIQUE HERBERT	19 chemin de saint pol 73100 AIX LES BAINS FRANCE
Établissement principal	730012499	GCS CLINIQUE HERBERT	19 chemin de saint pol 73100 AIX LES BAINS FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel

Population
 Enfants et adolescents
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **5** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **2** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **10** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 1 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 3 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 2 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **11** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS décide la non-certification et attire l'attention de l'établissement sur la nécessité de traiter ces dysfonctionnements, en priorité :

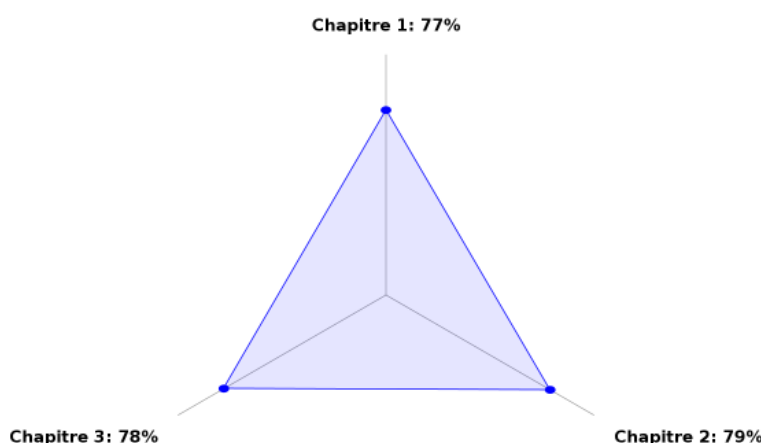
- Revoir le processus d'informations des patients sur leurs droits afin de permettre leur bonne appropriation par ceux-ci
- Recueillir E-Satis dans l'ensemble des services concernés et communiquer sur les résultats et les verbatims qui en ressort
- Resensibiliser les professionnels sur les bonnes pratiques d'hygiène des mains
- S'assurer de la présence de l'ensemble des professionnels lors des différents de la check-list afin d'en assurer une utilisation optimale et permettre une complétude de celle-ci
- Mettre en place pour l'ensemble des patients des projets de soins personnalisés, définissant les objectifs de prise en soins

Par ailleurs, la HAS invite l'établissement à se rapprocher de son Agence Régionale de Santé et des structures nationales et régionales susceptibles d'apporter un appui et un accompagnement dans la démarche qualité et sécurité des soins. Une nouvelle visite sera organisée dans 15 mois.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	77%
Chapitre 2	Les équipes de soins	79%
Chapitre 3	L'établissement	78%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

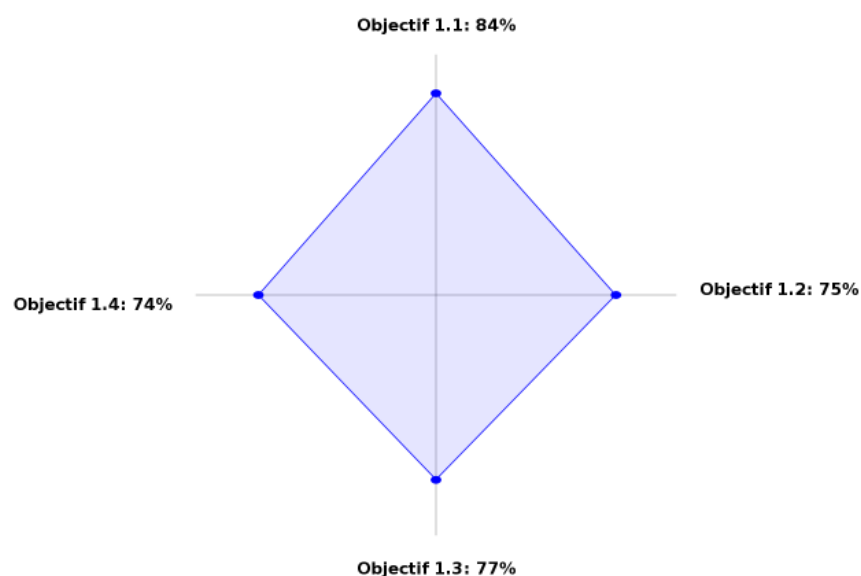
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	33%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	67%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	80%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	92%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	83%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	75%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	40%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **77%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	84%
1.2	L'information du patient	75%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	77%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	74%

Synthèse du chapitre 1

La clinique Herbert sur les hauteurs d'Aix les Bains est un établissement qui réalise un peu plus de 6000 séjours chirurgicaux, en majorité programmés mais également **en relais du service des urgences du CHMS site d'Aix-les-Bains par convention, en traumatologie**, et pour **74 %** en ambulatoire.

L'établissement fonctionne **depuis 2017** en GCS, Groupement de Coopération Sanitaire, avec le CHMS Centre Hospitalier Métropole Savoie **(site Chambéry à une demi-heure de route et site d'Aix-les-Bains à 10 minutes)** et **l'association des praticiens libéraux exerçant à la clinique**. L'établissement est privé à but non lucratif avec la grille GHS Groupe Homogène de Séjour privée. Les praticiens y exercent sur le mode libéral en association partenaire de la clinique, salariant leurs secrétaires, aide-opérateurs et IADE. Les personnels soignants, administratifs, logistiques et techniques, les pharmaciens et médecins des consultations de traumatologie sont de statut public, salariés du CHMS. La clinique a été créée en 1937 et implantée sur un 1er site, boulevard de la roche du Roy, à Aix-les-Bains, **mais elle a déménagé dans un bâtiment neuf, les locaux actuels en 1981**. Les bâtiments actuels datent des années 80 et le bloc, de 2006

Les patients confirment le respect de leur intimité, de leur dignité, dans un environnement facilement accessible, accueillant, sécurisé et bien entretenu malgré des bâtiments datant de 1937 ; les mineurs en particulier, bénéficient d'une prise en charge adaptée, personnalisée. Les soignants développent une prise en charge bienveillante associant éventuellement l'entourage, et sont particulièrement attentifs à la prise en charge de la douleur, qui est anticipée notamment en ambulatoire par des prescriptions en amont de la venue, simplifiant ainsi le retour à domicile. L'équipe médicale travaille sur la prévention de la douleur chronique post opératoire.

Les patients reconnaissent avoir eu une information claire, précise et adaptée au sujet de leur diagnostic, leur prise en charge et les traitements entrepris en particulier sur les implants éventuels. Cependant la remise du document à conserver par le patient n'est pas systématique. Les patients sont rassurés par un recours à l'équipe en cas de besoin 24H/24 lors de leur retour à domicile.

Si les patients maîtrisent bien le rôle de la personne de confiance que l'on retrouve systématiquement, quelques notions sont encore peu connues, tels que le rôle des (RU) représentants des usagers malgré leur forte implication dans cet établissement, le circuit de formulation d'un éloge, d'une plainte, d'une réclamation ou d'un événement indésirable lié aux soins (EIS), voir l'accès à leur dossier ou la formulation de directives anticipées (DA). Ce dernier sujet n'est pas maîtrisé par l'équipe soignante bien que l'on retrouve la trace dans le dossier patient lorsque ce dernier le signale. Le refus de rédiger les DA n'est pas tracé. Toutes ces informations existent dans le livret d'accueil mais ce dernier est en cours de refonte et sa distribution n'est pas systématique. Par contre pour les patients concernés, un « passeport ambulatoire » regroupant l'ensemble des informations et formulaires indispensables est remis systématiquement et fort apprécié. L'information sur les obligations du patient n'est accessible que par QRcode, procédé peu adapté à la population accueillie. Le patient ne dispose pas d'information explicite sur Mon Espace Santé (MES) et le dossier médical partagé (DMP), hormis celle très succincte du passeport ambulatoire. Il n'est pas informé de l'alimentation de son DMP et son opposition

éventuelle n'est pas recueillie. La remise de la lettre de liaison et/ou du compte rendu opératoire n'est pas systématique ni uniformisée au niveau de la communauté médicale ce qui explique le faible taux de l'indicateur qualité et sécurité des soins sur ce sujet (18%) et l'établissement ne suit pas actuellement le délai de mise à disposition de ces lettres. La procédure de sortie du patient n'est pas uniformisée par l'ensemble de la communauté médicale. L'absence de macrocible de sortie ne permet pas aux soignants de connaître ces éléments et reformuler l'importance des consignes ou de certains documents (carte d'implant, DMP, MES, Esatis...). Si l'ensemble des consentements aux actes d'anesthésie et de chirurgie sont retrouvés, notamment pour les mineurs, le patient ne dispose pas de (PPS) Projet Personnalisé de Soin.

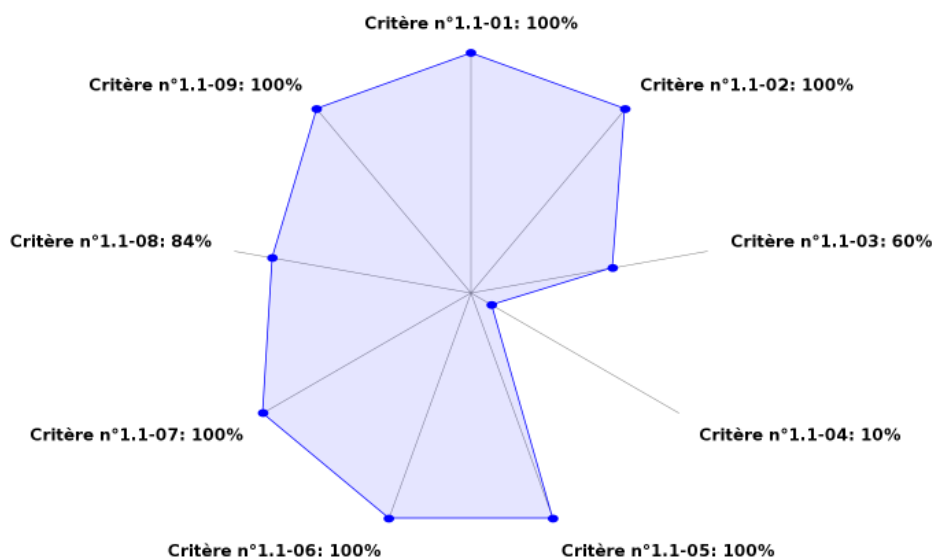
En raison des durées de séjour très courtes, les équipes sont focalisées sur le motif de venue et la fluidité du parcours pour un retour à domicile dans les meilleures conditions ; l'absence d'évaluation globale initiale médicale, psychologique, sociale, et la revue systématique des aptitudes, capacités, éventuelles carences en soins et besoins spécifiques ne permet pas d'établir un PPS garant du respect par chaque membre de l'équipe de l'autonomie optimale du patient. Ainsi la notion de dépendance iatrogène de la personne âgée n'est pas recherchée, ni prévenue, ni tracée de manière systématique.

En cas de besoin l'équipe peut faire appel à une assistante sociale extérieure à l'établissement. Il n'y a pas de documents facilement accessibles sur des messages de santé publique ou de soins de santé primaires.

L'établissement dispose d'un questionnaire de satisfaction interne qui est bien matérialisé et rappelé par les soignants ; il n'est pas répondant au recueil Esatis en hospitalisation complète en raison d'un dysfonctionnement interne qui a été corrigé. Cependant les adresses mails sont diversement recueillies et les patients n'en connaissent pas le motif. Il n'y a pas de patients partenaires à ce jour et les RU n'ont pas souhaité formaliser un projet des usagers. L'un des RU est en cours de formation patient-expert et un questionnaire très proche d'un recueil de résultat patient a été élaboré. Les résultats des évaluations de la satisfaction et de l'expérience des patients ne sont pas déclinés par unité et l'ensemble, y compris les verbatim, n'est pas analysé par les équipes des unités de soins. Les professionnels ne sont pas sensibilisés aux connexions illégitimes au dossier patient, aux risques et aux sanctions pouvant en découler et les contrôles de ces connexions ne sont pas suivis.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

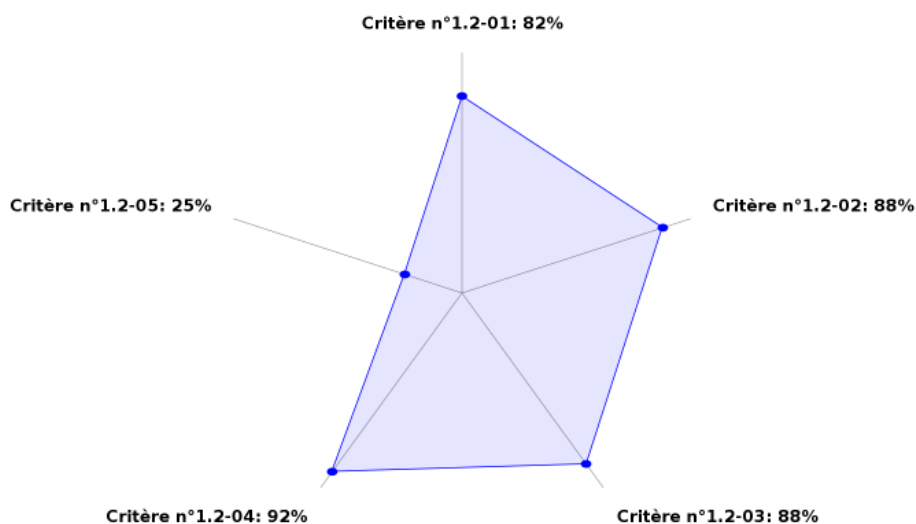
Score de l'objectif **84%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	60%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	10%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitements externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	84%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

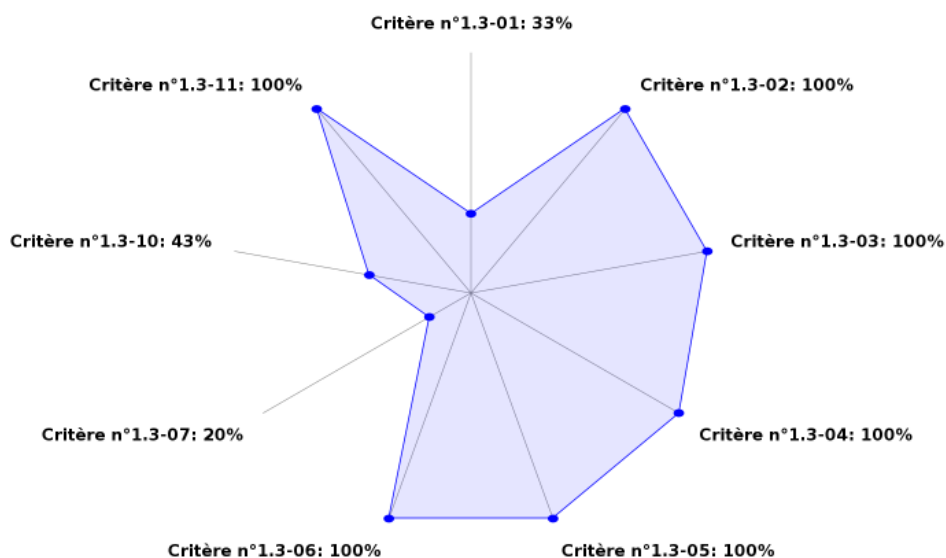
Score de l'objectif **75%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	82%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	88%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	88%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	92%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	25%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

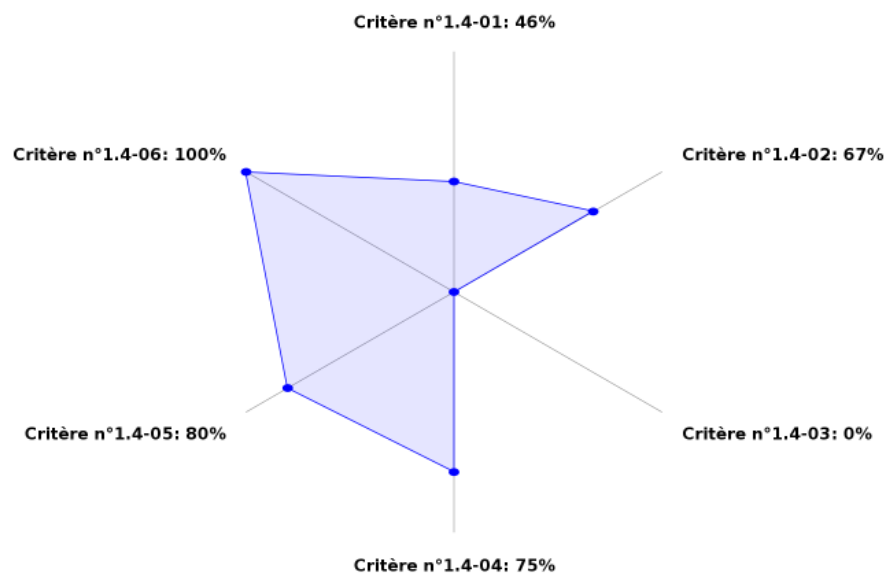
Score de l'objectif **77%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	33%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	20%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	43%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **74%**

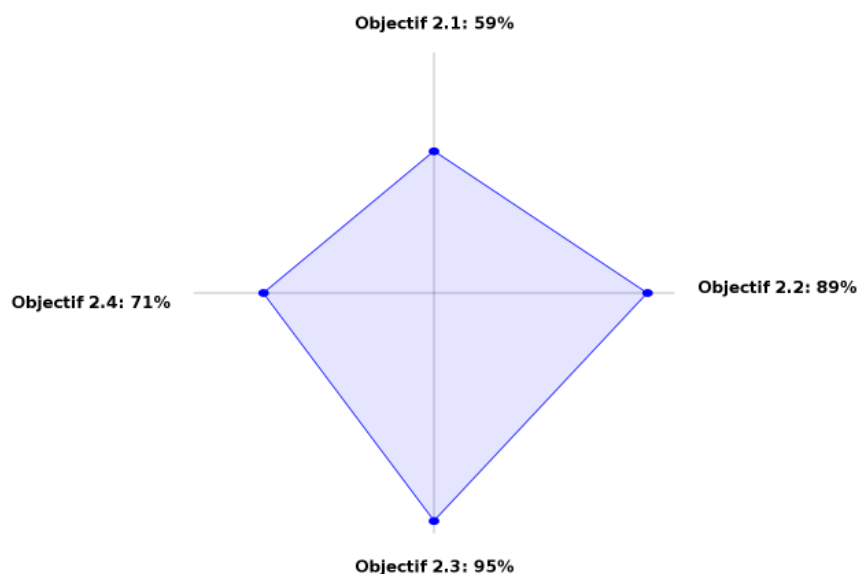


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	46%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	67%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	75%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	80%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **79%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	59%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	89%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	95%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	71%

Synthèse du chapitre 2

Les praticiens libéraux disposent de logiciel propre sans passerelle avec l'établissement à ce jour. L'établissement est à la recherche d'une solution informatique pour intégrer les comptes-rendus et autres documents du dossier patient des praticiens dans son propre dossier patient informatisé (DPI). Les documents de consultation, quelques formulaires et surtout la partie bloc opératoire, les comptes-rendus de consultation préanesthésique, les fiches de liaison service/ bloc, le suivi peropératoire, la check-list, le suivi en SSPI restent sous forme papier. Le module bloc opératoire du DPI est prévu pour une mise en œuvre début 2026. Les documents papier sont scannés dans le DPI à la sortie du patient.

Si l'indice de masse corporelle (IMC) est relevé systématiquement dans le DPI, les équipes ne sont cependant pas formées à la détection des troubles nutritionnels et de la sarcopénie pourtant important vue la population accueillies souvent âgée et le type de chirurgie. L'établissement ne dispose pas de diététicienne mais peut recourir à celle du CH d'Aix les Bains, prestataire pour les repas. Il ne suit pas les caractéristiques nutritionnelles des repas servis. Mais les patients rencontrés ont reconnu leur qualité. Un travail récent avec les RU a porté sur la collation en ambulatoire.

Le transport intrahospitalier des patients est efficace et « le patient debout au bloc » fort apprécié.

La bonne identification du patient est assurée à toutes les étapes de sa prise en charge.

Les bonnes pratiques de stockage, de prescription, de dispensation et d'approvisionnement des médicaments et produits de santé sont appliquées. L'analyse pharmaceutique est systématique, la pharmacienne accédant à l'ensemble des données du DPI, bien que l'établissement ne dispose pas d'un logiciel adapté pour faciliter et optimiser les analyses pharmaceutiques. Les allergies sont relevées mais non codées, ne bloquant pas la prescription. L'ensemble des documents pour la conciliation médicamenteuse est prêt mais elle n'est pas mise en œuvre à ce jour. La population cible programmée porte sur les personnes de + de 75 ans. Un travail récent important a été réalisé pour sécuriser la saisie du traitement personnel du patient. Si les grands principes d'administration des médicaments sont respectés on relève cependant que les situations à risque potentiel ne sont pas identifiées ; des chasubles de non interruption des tâches ont été mises à disposition mais ne sont pas portées. Les équipes sont formées au risque d'erreur médicamenteuse et celles-ci sont déclarées et analysées en équipe. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée et les données d'antibiorésistance sont suivies avec une particularité, la validation par le référent infectiologue du CHMS de l'attente des résultats de culture soit 5 jours en moyenne, pour réajuster l'antibiothérapie vu que 86% des infections concernent le tissu osseux. L'infectiologue intervient régulièrement pour des informations et formations sur les nouvelles recommandations en matière d'antibiothérapie.

Une consultation de traumatologie est assurée par des praticiens salariés de la clinique qui prescrivent dans le DPI. Les patients qui seront hospitalisés, en transfert ou non d'un autre établissement, passent systématique dans ce secteur qualifié d'« externe » permettant l'examen du chirurgien et de l'anesthésiste avant l'installation immédiate au bloc ou dans le service. Les prescriptions se font directement dans le DPI de l'établissement. Nous avons cependant relevé l'usage de MEOPA mis à disposition des chirurgiens pour leurs consultations par la Pui de l'établissement sans traçabilité de l'administration.

En matière de précautions standards d'hygiène on relève que certains soignants ne privilégient pas la solution hydroalcoolique (SHA) versus le nettoyage à l'eau et au savon et l'indicateur d'usage de SHA n'est pas optimal. Les distributeurs de SHA sont pourtant disponibles, nombreux et dans les endroits utiles. Seuls les patients non valides ne disposent pas d'un accès autonome à une SHA. Les équipes connaissent les précautions complémentaires d'hygiène bien qu'il y soit très rarement confronté. On relève que l'ensemble des soignants rencontrés appliquent les pré requis de l'hygiène des mains (zéro bijoux...). Un travail important a été réalisé par la cadre et le médecin hygiéniste en termes de remise à jour des procédures, formation et information des professionnels, audits, suivi d'indicateurs. On retrouve la date de pose des dispositifs invasifs DI, la surveillance mais pas la réévaluation de la pertinence du maintien ni le suivi des taux d'infection de ces DI.

Les équipes maîtrisent le risque lié à la transfusion sanguine et notamment la pertinence du recours à la transfusion sanguine.

L'organisation du bloc opératoire est réfléchi et formalisée au travers d'une charte de bloc mise à jour en juin 2025 et signée par tous les acteurs et notamment un document spécifique pour les visiteurs. On retrouve les cahiers d'ouverture de salles et de SSPI ; la cellule de programmation pluriprofessionnelle établit la programmation avec validation des anesthésistes et du chirurgien. Les écarts de programmations ne sont pas analysés vu qu'ils sont peu nombreux. La préparation de l'opéré a fait l'objet d'un travail récent avec modification des pratiques. On retrouve la sortie de salle selon un score validé médicalement. En revanche, bien que 2 audits aient été réalisés en 2025, la check-list ne réunit pas encore tous les acteurs concernés à chacune des phases, on ne retrouve pas toujours le nom des intervenants et/ou les signatures, et les éléments de la phase post intervention. Cependant les NOGO sont systématiquement déclarés en évènement indésirable (EI) et analysé en comité d'EI mensuel. Les équipes des secteurs interventionnels mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des infections du site opératoire. Les dosimètres sont disponibles. Le rapport de l'ASN avait établi des préconisations insérées dans le PAQSS et pilotés par le CHMS ; la lenteur de l'avancée sur ces consignes a incité la gouvernance à nommer un médecin référent compétent en radioprotection en interne.

La nouvelle stérilisation a permis une fluidité et une qualité de mise à disposition du matériel.

On ne retrouve pas d'analyse de la qualité des informations transmises entre service et bloc en raison de la refonte récente de la fiche de liaison qui reste sous forme papier. Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients ainsi que l'antibioprophylaxie. Le parcours du patient en chirurgie ambulatoire est fluide et maîtrisé. L'ensemble des temps opératoire est recueilli manuellement dans un logiciel spécifique de bloc permettant d'extraire de nombreux indicateurs. Ils sont analysés régulièrement et les taux d'occupation de créneaux opératoires sont rediscuter 3 voire 4 fois par an avec les chirurgiens afin d'optimiser ce secteur.

Il n'existe pas de démarche continue d'évaluation de résultats cliniques (EPP) et en général la pertinence des soins mis en œuvre n'est pas évaluée notamment sur les parcours, par des indicateurs d'alerte, taux de transfert à 48h, taux de réhospitalisation.... hormis en chirurgie ambulatoire.

Les chariots d'urgence et le sac spécifique pour les mineurs sont en place. Les formations sont effectives. Les mises en situation prévues. Il demeure que les récentes modifications de la procédure n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de leur maîtrise et de leur efficacité.

Le compte rendu d'examen, mentionnant les doses de rayonnement reçues, ne sont pas tous retrouvés dans le dossier patient et l'équipe ne peut confirmer leur versement dans " Mon espace Santé ".

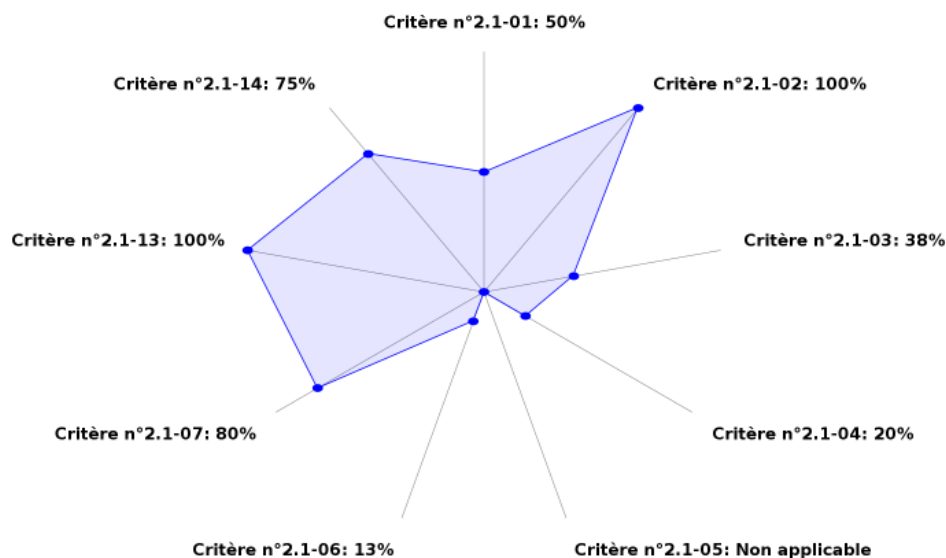
La procédure concernant la contention a été revue récemment incluant une démarche de réduction des risques par la promotion des alternatives ; une infirmière et une aide-soignante ont suivi une formation. Un flyer explicatif est à disposition des professionnels, des patients ou de leurs proches, notamment sur la recherche du consentement et précisant aux proches l'importance de leur implication au moment des visites si la contention est momentanément retirée lors de leur présence. Cependant cette notion n'est pas encore maîtrisée par l'ensemble des soignants.

La gouvernance rencontre régulièrement les prestataires de biologie et d'imagerie pour renforcer la qualité des résultats des examens et de leur collaboration.

Les professionnels sont sensibilisés à la maltraitance et savent repérer ces situations et les déclarer.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **59%**

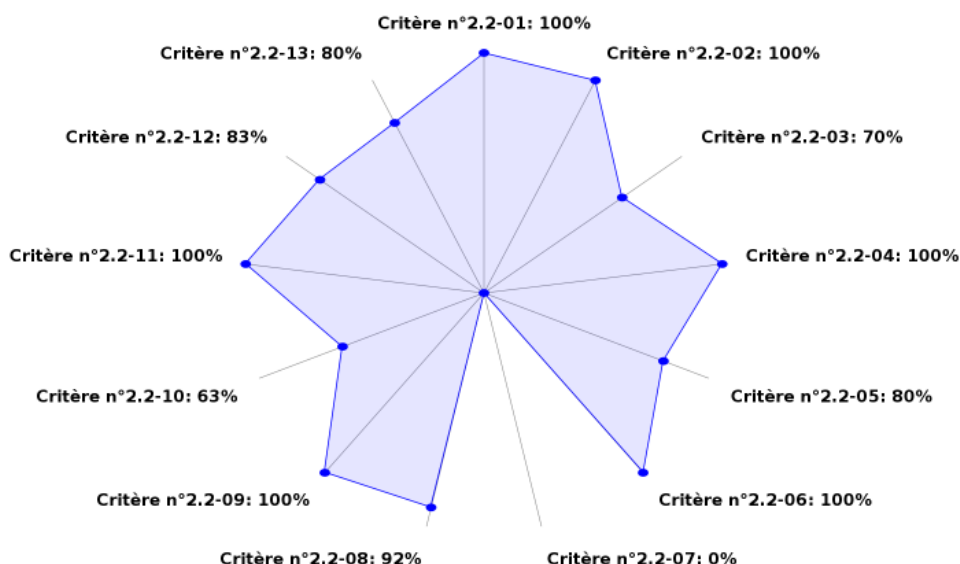


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	50%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	38%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	20%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	Non Applicable
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	12%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	80%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%

2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	75%
--------	--	-----

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **89%**

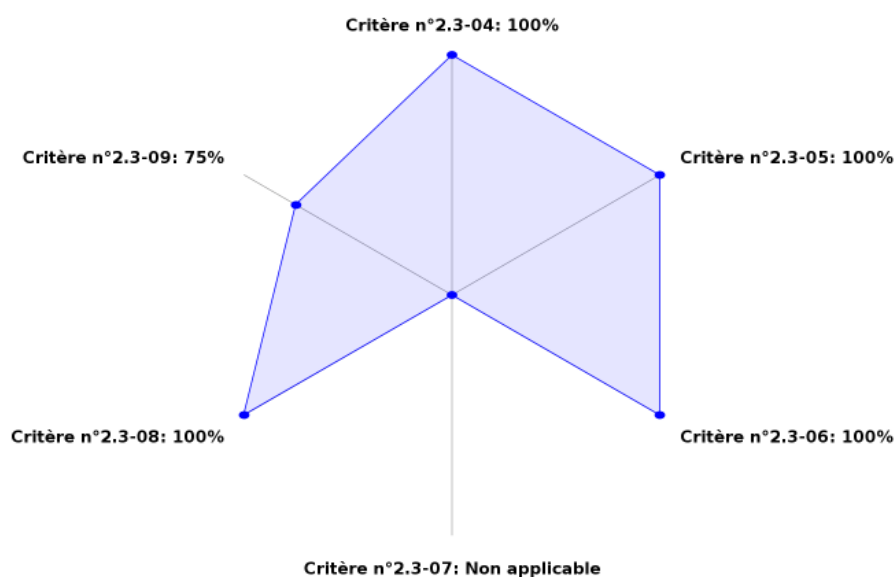


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	70%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	80%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	92%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	62%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	83%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	80%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

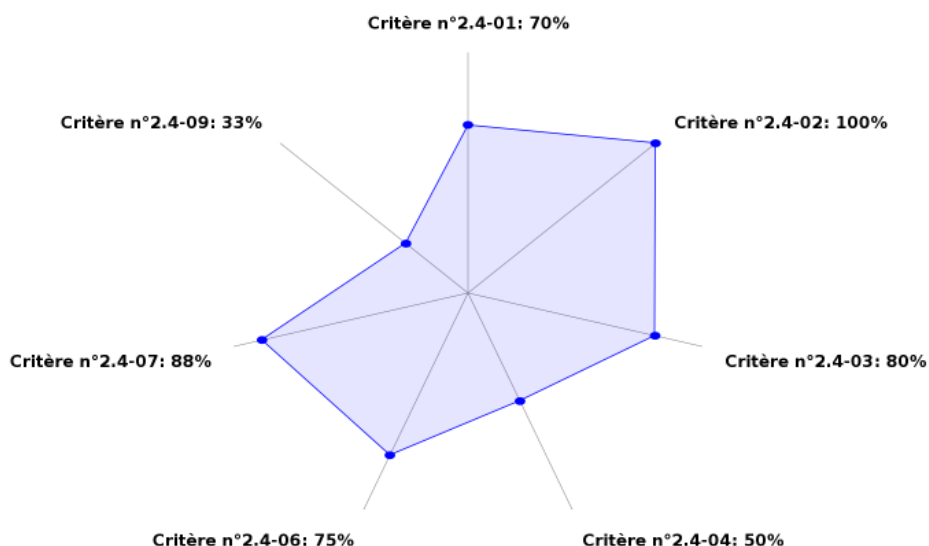
Score de l'objectif **95%**



Critères		
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	Non Applicable
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	75%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **71%**

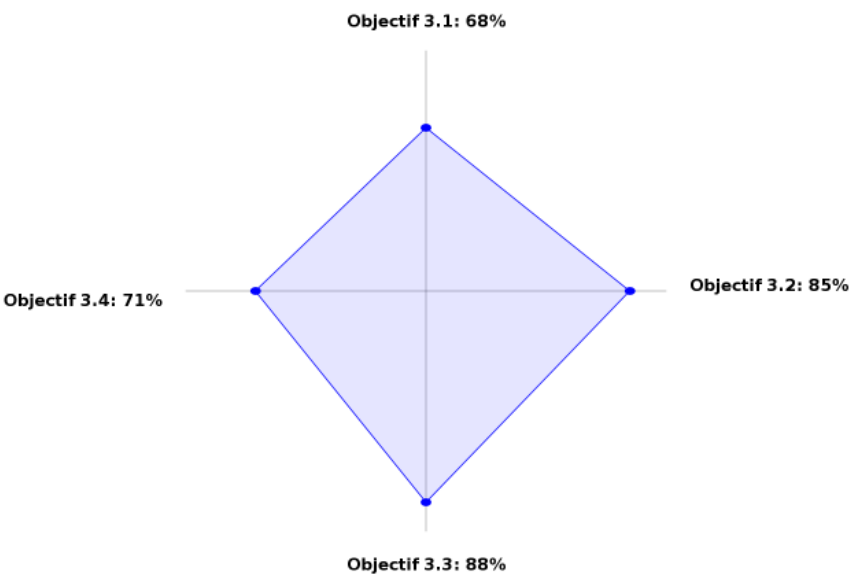


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	70%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	80%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	50%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	75%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	88%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	33%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **78%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	68%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	85%
3.3	Le positionnement territorial	88%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	71%

Synthèse du chapitre 3

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est définie ; l'établissement a mis en oeuvre l'enquête nationale qualité et sécurité en 2023. La culture de la déclaration et de l'analyse des événements indésirables est acquise. On relève cependant un EIG interétablissement non déclaré en raison d'une divergence d'interprétation avec l'établissement adresseur. Parmi les 34 praticiens libéraux dont 20 en secteur à risques, 14 sont accrédités mais n'intègrent pas les EI déclarées dans ce cadre à celles de l'établissement. Seuls les médecins sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins ; la procédure existe, une affiche est présente dans les postes infirmiers. Les membres de la CME sont très impliqués dans la vie de l'établissement et se répartissent les divers postes notamment pour la gestion des risques et les instances. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) est unique, structuré, pertinent, et actualisé.

Le plan de gestion des situations sanitaires exceptionnelles a été élaboré ; il n'y a pas eu d'exercices en situation à ce jour hormis inondation et départ de feu.

Le recours au questionnement éthique a fait l'objet d'une discussion récente et s'intégrera dorénavant dans chaque instance vue la taille de l'établissement ne justifiant pas d'un comité d'éthique distinct.

Dans le cadre de la mise à disposition des professionnels par le CHSM, l'établissement propose un programme de formations intégrant une méthode pédagogique par simulation à destination des professionnels, organisé sur l'hôpital d'AIX ou de CHAMBERY.

Les encadrants ont pratiquement tous suivi un parcours de formation managériale ; ils sont sensibilisés à la prévention et la gestion des situations difficiles ; ils ne bénéficient cependant pas d'atelier de coaching ou tutorat et ne sont pas destinataires du bilan des formations suivies par les équipes. Il existe des actions de prévention des risques professionnels dans tous les secteurs. Les encadrants réalisent des entretiens annuels d'évaluation et de formation. Ils se rencontrent régulièrement et ont un point hebdomadaire avec la direction.

La gouvernance a une politique de santé, de sécurité et de qualité de vie au travail mais les professionnels n'ont pas participé à son élaboration.

L'accès à la vaccination est facilité même si l'éloignement du médecin de santé au travail ne permet pas une sensibilisation particulière et une réponse aux réticences.

Il n'existe pas de programme collectif de développement des compétences formalisé avec évaluation pré et post formation à l'heure actuelle même si un projet existe dans le domaine de l'hygiène.

L'établissement est ouvert sur son territoire et organise régulièrement des échanges avec l'ensemble des acteurs mais il ne participe pas à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire.

L'établissement entretient ses locaux et ses équipements et informe les professionnels de l'évolution des consommations d'énergie. Il a engagé une réflexion sur les soins écoresponsables (arrêt du protoxyde d'azote au bloc). Les volumes faibles de déchets ne permettent pas à cet établissement de trouver des partenaires pour chaque type de déchet ; le tri des déchets n'est pas encore opérationnel. Le référent développement durable est nommé mais n'accompagne pas les équipes dans des projets ;

ces équipes ne participent pas à une réflexion pluriprofessionnelle sur des soins éco responsables, ne connaissent pas l'impact des actions menées ; par contre elles sont sensibilisées au sujet.

Certains praticiens libéraux ont recours à la télésanté dans leur cabinet pour améliorer le parcours du patient.

A ce jour il n'existe pas de démarche d'amélioration du travail en équipe. Cependant les professionnels participent à des projets ou des groupes de travail pour améliorer la gestion des risques.

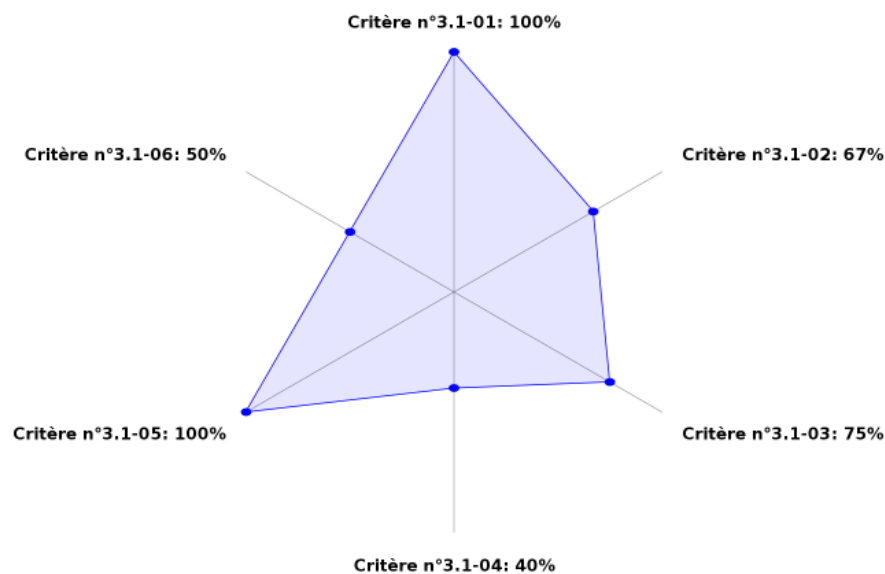
La gouvernance suit les écarts entre un effectif cible défini par des maquettes organisationnelles adaptées au fonctionnement du service, et l'effectif réellement disponible. Ces maquettes sont suivies dans le cadre du GCS, notamment par les mises à disposition de personnels soignants, administratifs, et techniques. Chaque mois, la facturation de ces mises à disposition imposent une justification au contrôle de gestion des ressources humaines du CHMS des dépassements entre les écarts définis et les effectifs effectivement disponibles. L'établissement s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et temporaires en limitant l'intérim et en privilégiant les remplaçants réguliers ou en s'appuyant sur des heures supplémentaires. L'anticipation effective des congés des praticiens permet d'organiser les périodes de congés.

A ce jour, outre le fait qu'il n'y a pas de délégation de tâche, il n'y a pas de réflexion autour d'une formation spécifique pour la pratique avancée.

Des actions concrètes de prévention des risques pour la sécurité des professionnels sont mises en œuvre, tracées et les professionnels formés.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

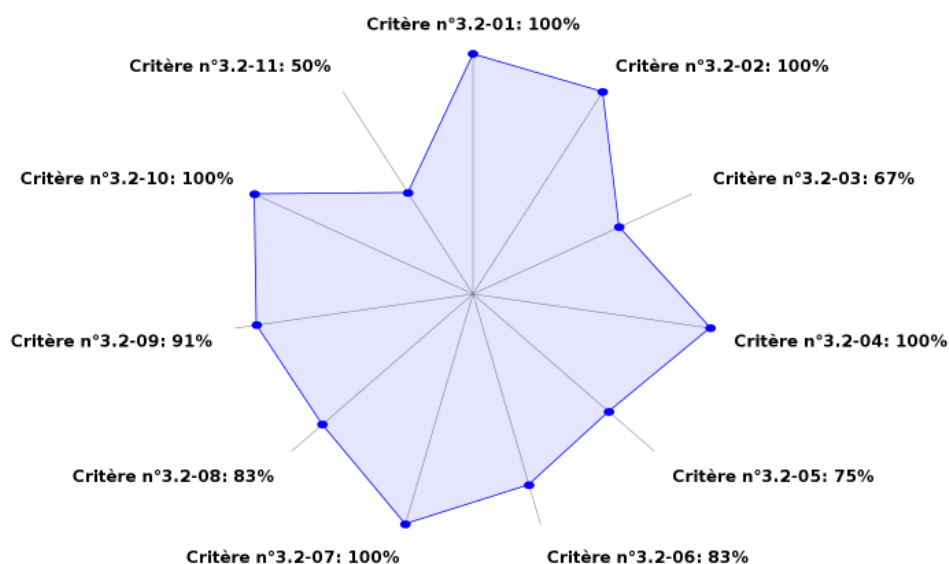
Score de l'objectif **68%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	67%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	40%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	50%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **85%**

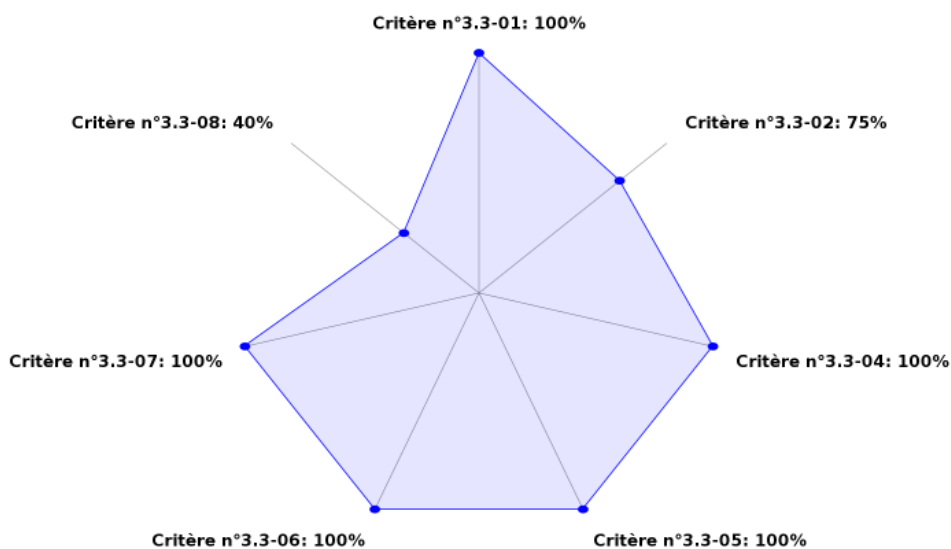


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	67%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	83%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	83%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	91%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	50%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

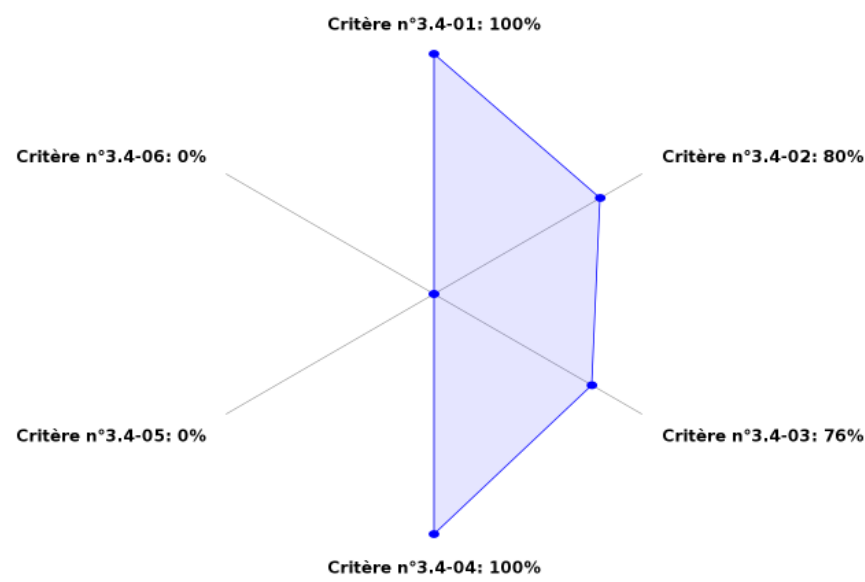
Score de l'objectif **88%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	75%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	40%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **71%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	80%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	76%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	100%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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

