



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CH VALLEE DE LA MAURIENNE

179 rue docteur Grange
CS 20113
73302 Saint Jean De Maurienne



Validé par la HAS en Décembre 2025

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Décembre 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	18
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	19
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	20
Annexe 3. Programme de visite	21

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 sous conditions de l'établissement.

Présentation

CH VALLEE DE LA MAURIENNE	
Adresse	179 rue docteur Grange CS 20113 73302 Saint Jean De Maurienne Cedex FRANCE
Département / Région	Savoie / Auvergne-Rhône-Alpes
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	730780103	CENTRE HOSPITALIER VALLEE DE LA MAURIENNE	179 rue dr grange CS 20113 73302 Saint Jean De Maurienne 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
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

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

Chapitre 1 : Le patient

Les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils confirment la bonne compréhension de l'information transmise, dans l'ensemble des services avec des supports adaptés. Ils sont associés à la réflexion bénéfices/risques, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé selon la prise en charge (endoscopie, chirurgie, Hospitalisation A Domicile (HAD) par exemple). Il existe un document abordant les informations sur la personne de confiance et les directives anticipées. A ce titre, la personne de confiance est identifiée dans le dossier du patient et l'information sur la possibilité de formuler des directives anticipées est expliquée au patient. L'accès aux soins palliatifs est facilité par la présence de l'équipe mobile. Pour les prises en charge en ambulatoire, un passeport est transmis au patient en consultation. Les consignes de suivi des traitements médicamenteux et des soins à la sortie sont connues de la plupart des patients. Les informations liées aux produits sanguins labiles sont communiquées au patient. Le projet de soins est connu des patients et des proches, qui sont facilement associés. Les contacts des représentants des usagers sont affichés à l'entrée de chaque service et stipulés dans le livret d'accueil institutionnel. Cependant, les patients rencontrés n'ont pas tous intégré ces informations. Les patients, malgré la mise à disposition du livret d'accueil, ne savent pas toujours comment signaler un événement indésirable, ni formuler une plainte ou réclamation et n'ont pas connaissance de l'implémentation de leur Dossier Médical Partagé (DMP) et la nécessité d'échanger avec l'équipe de soins par une messagerie sécurisée. Dans les unités et les zones d'accueil des services, ainsi que dans les chambres des messages de prévention et de santé publique sont proposés (nutrition, tabac, alcool, grippe par exemple). Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Les équipes sont attentives à maintenir les portes des chambres fermées lors des soins. L'environnement des patients mineurs est adapté en service d'hospitalisation, en SSPI et aux urgences malgré l'architecture des locaux ; l'établissement est engagé dans un plan de rénovation. Certains locaux vétustes et mal agencés rendent difficile la réalisation des soins (chambre exiguë par exemple). L'autonomie des patients et en particulier des personnes âgées est préservée ; une évaluation du degré d'autonomie est systématiquement réalisée et des actions mises en œuvre. Les patients reçoivent une aide pour leurs besoins élémentaires et les équipes font preuve de bienveillance. La contention mécanique est utilisée en dernier recours, après réflexion en équipe. Les évaluations et les traitements de la douleur sont tracés dans le dossier patient. Toutefois on relève des prescriptions d'antalgique en « si besoin » qui ne sont pas associées à un niveau de douleur. Les alternatives aux traitements médicamenteux, comme l'hypnose sont proposées. Les proches soulignent la disponibilité et l'écoute des professionnels. Les horaires de visite sont adaptés en cas de besoin ; des lits accompagnants sont disponibles, notamment pour les familles des patients mineurs. Un studio est également mis à disposition des familles pour les patients en fin de vie. Leur implication dans le projet de soins est favorisée en particulier lors de la consultation d'annonce où les proches sont systématiquement présents. Dans les situations difficiles les proches et aidants sont impliqués dans la prise en charge du patient. L'environnement du patient, dont le contexte psycho-social, est pris en compte, ainsi que l'implication des proches et aidants du patient en HAD. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte en amont de l'hospitalisation et en cours de séjour. En Unité de Soins Longue Durée (USLD), de nombreuses animations sont proposées aux patients. Afin de prendre en compte les conditions de vie habituelle ; la préparation de la sortie (retour à domicile ou transfert via Trajectoire) est anticipée et organisée en lien avec les soignants ; une visite à domicile peut être organisée si besoin. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale, repose sur un accès facilité aux assistantes sociales. Pour les patients mineurs du matériel adapté est mis à disposition (lit à barreaux, chambre dédiée et zone dédiée en salle de

réveil).

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours (notamment de la filière urgence), des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour les principales prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des réunions de staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. Un lien privilégié avec les établissements du Groupement Hospitalier de Territoire permet d'échanger rapidement avec les spécialistes sur des situations complexes (oncologie, maternité). Les demandes d'admission en service de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) sont analysées par un médecin et un cadre de santé. Les prises en charge sont revues dès la première phase du séjour et ensuite lors des synthèses pluriprofessionnelles hebdomadaires. Ces ré évaluations sont tracées dans le dossier. Il existe un recours à l'HAD. En HAD, la gestion de l'admission du patient est coordonnée médicalement et la prise en charge est structurée en équipe pluridisciplinaire, en analysant les demandes Via-Trajectoire ou demandes transmises par les médecins traitants ; toutefois l'établissement n'a pas mis en œuvre d'évaluation des transferts en HAD. Les praticiens disposent de protocoles actualisés pour l'antibiothérapie. Un référent infectiologue (externe) est disponible pour les praticiens. Il assure la formation des médecins de l'établissement. La justification de la mise en œuvre d'une antibiothérapie est argumentée. La ré évaluation du traitement entre 24 et 72H est retrouvée dans le dossier patient informatisé. Pour les produits sanguins labiles une analyse de la pertinence a été réalisée ; il est constaté un faible taux de destruction. Les données patient sont accessibles en temps utile à tous les acteurs de soins (médecins, soignants, soins de support) et les éléments nécessaires sont tracés (antécédents, allergies, traitements, motif d'hospitalisation) dans le Dossier Patient Informatisé (DPI). Il subsiste de nombreux documents papier en doublon du DPI. Toutefois ces documents sont bien identifiés. Le dossier pré hospitalier du SMUR comporte tous les éléments recueillis nécessaires à la poursuite de la prise en charge des patients. L'équipe des urgences assure un tri des patients de façon efficace dès l'arrivée par une prise en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation qui est formé à cette fonction. Il existe un circuit pour les enfants. Une attention particulière est portée pour la prise en charge de la personne âgée en facilitant les entrées directes. De multiples dispositifs de coordination sont déployés pour la mise en œuvre du projet de soins. Les décisions de prises en charge complexes peuvent être discutées en réunions médicales. Pour la cancérologie, les dossiers des patients sont discutés en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire avec les établissements du GHT. Les équipes peuvent faire appel à des professionnels ressources en interne et en externe (Equipe Mobile de Soins Palliatifs, Equipe Opérationnelle d'Hygiène, Equipe de liaison en psychiatrie). La prise en charge palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est coordonnée ; pour Les situations difficiles des réunions d'équipe associant les proches peuvent être organisées. Les transmissions inter équipes et les visites journalières des médecins contribuent au réajustement du projet thérapeutique. En HAD, la capacité d'intervention soignante à domicile est assurée 24h/24 et 7j/7. La check-list sécurité des patients est utilisée lors des vérifications croisées par tous les professionnels concernés (en endoscopie, en chirurgie et maternité) ; analyse des Go /No Go réalisée. Lors des rares déprogrammations d'intervention au bloc opératoire, un délai raisonnable est proposé au patient ; les équipes du bloc opératoire ont analysé ces écarts de programmation. L'établissement a complètement intégré les soins non programmés dans son organisation. La lettre de liaison n'est pas toujours éditée le jour de la sortie et le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement retrouvé dans la lettre de liaison. Les modalités de recours à la télésanté ne sont pas connues et formalisées dans tous les services, mais en place pour l'hépatogastro entérologie avec un site extérieur. Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont connues des équipes. Un bracelet est disponible pour l'ensemble des patients, y compris en USLD où les équipes ont instauré d'autres pratiques (trombinoscope). Les

professionnels se sont appropriés les modalités de gestion des vigilances sanitaires. La pharmacie propose une dispensation nominative permettant de sécuriser le circuit du médicament. L'analyse pharmaceutique de niveau 2 est réalisée de façon systématique pour tous les patients. De nombreux avis sont transmis aux prescripteurs et suivis à 85%. L'approvisionnement, le stockage et le transport des produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques, en particulier pour les médicaments thermosensibles qui disposent d'une surveillance en continue avec report d'alarme. On note que le circuit du médicament est très bien organisé (armoire à pharmacie, chariot médicament, gestion des piluliers) et ceci dans l'ensemble de l'établissement. L'établissement a défini une cible pour la mise en place de la conciliation médicamenteuse (personne âgée polymédicamentée avec au moins cinq médicaments dont un médicament à risque). Concernant les médicaments à risque, des listes existent pour chaque service et les professionnels se sont appropriés ces médicaments. Le stockage des médicaments à risque n'est pas toujours conforme (mélanges de stupéfiants dans deux coffres sécurisés). En HAD, le circuit des produits de santé est maîtrisé. Une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins. Des audits de pratiques sont menés au sein de l'établissement sur les différentes thématiques (hygiène des mains, précautions standard); les audits concernant les précautions complémentaires n'ont pas été réalisés. On note une difficulté d'appropriation des précautions standard et complémentaires par les professionnels. Concernant les dispositifs invasifs seuls les cathéters ont fait l'objet d'évaluation dans le cadre d'évènement indésirable dans un service ; les autres dispositifs invasifs n'ont pas fait l'objet d'évaluation. Par ailleurs, on ne retrouve pas systématiquement la date de pose du dispositif invasif dans le dossier patient. Les équipes connaissent et appliquent les bonnes pratiques concernant les dispositifs invasifs (cathéter veineux, sonde urinaire). Les équipes connaissent le taux d'ICSHA de leur service. Il est constaté que les professionnels ont recours trop souvent à un lavage des mains non indiqué. Concernant le risque infectieux lié aux endoscopes, le circuit des endoscopes n'est pas conforme en termes de marche en avant avec différents locaux peu adaptés que ce soit en endoscopie digestive ou urologique ; la prise en charge des endoscopes est assurée par un personnel qui respecte les bonnes pratiques et utilise les éléments de protection adaptés mais qui n'a pas suivi de formation autre que par compagnonnage. Les endoscopes font l'objet d'un contrôle microbiologique ; toutefois la surveillance environnementale est incomplète (armoire de stockage non surveillée). La prévention du risque infectieux au bloc opératoire est garantie par le respect des bonnes pratiques dont la réalisation de l'antibioprophylaxie ; les protocoles ont été mis à jour et le personnel est formé. La prescription de l'antibioprophylaxie est présente dès la consultation d'anesthésie ; des évaluations sont réalisées et sont suivies d'actions d'amélioration. Concernant la préparation cutanée du patient, il existe des protocoles, connus des professionnels. Les équipes respectent les bonnes pratiques concernant la tenue que ce soit dans les services ou au bloc opératoire. Pour les patients pris en charge en ambulatoire l'autorisation de sortie est validée à partir d'un score, après validation médicale. En cas de transfusion, le dossier transfusionnel est complet (traçabilité) et le personnel est formé aux bonnes pratiques d'hémovigilance ; le circuit est maîtrisé avec réalisation du contrôle ultime selon les recommandations et une surveillance est organisée. Un référent radioprotection est nommé (manipulateur en radiologie) ; les doses reçues par le patient ne sont pas toujours consignées dans le compte rendu (absence d'interprétation et de mention de la dose pour les radiologies standard). Les professionnels concernés utilisent les éléments de protection et portent des dosimètres. Concernant la vaccination, des campagnes de sensibilisation sont réalisées (grippe, COVID, coqueluche, rougeole) et la vaccination anti grippale est proposée aux professionnels. La vaccination anti grippale est gérée en lien avec le service de médecine de santé au travail sur site. Il n'existe pas d'analyse des freins à cette vaccination en regard du taux de vaccination de l'établissement. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la dénutrition, les chutes, les effets indésirables des médicaments. Des brancardiers sont chargés en interne du transport des patients ; ils connaissent les règles de sécurité et de confort du patient. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions. Il existe des actions d'évaluation des pratiques professionnelles qui ne sont pas systématiquement accompagnées d'un suivi et d'un plan d'actions ; certaines

démarches ne sont pas formalisées au niveau institutionnel. Il a été recensé peu de dispositifs du recueil de l'expérience patient au sein des services. Au-delà de l'exploitation des résultats d'e-Satis, des évaluations de la satisfaction patient sont réalisées sur la base de questionnaires adaptés à l'activité. Les professionnels mettent en place les actions d'amélioration qui en découlent ; le Programme d'Amélioration de la Qualité Sécurité des Soins mentionne ces actions. Les résultats des indicateurs sont exploités : indicateurs de qualité et de sécurité des soins nationaux sur la qualité et la sécurité des soins notamment (lettre de liaison, hygiène des mains, projet de soins en SMR), toutefois certaines équipes ne connaissent pas les actions d'amélioration en lien avec les IQSS de leur service. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés avec les professionnels. Les professionnels s'appuient sur une méthode d'analyse des causes. Des Revues de Morbi Mortalité et des Comités de Retour d'Expérience sont en place avec l'appui du service qualité. Concernant les prélèvements de biologie, il n'existe pas de partage d'informations formalisé avec les équipes sur la qualité des prescriptions et les modalités de prélèvements. Les délais de rendu des résultats d'imagerie sont satisfaisants ; les radiologues participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire.

Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier Vallée de la Maurienne (CHVM) est un établissement qui a fusionné en 2021 (sites de St Jean de Maurienne et Modane). Une dynamique territoriale de santé est impulsée au travers du Groupement Hospitalier de Territoire Savoie-Belley (rencontres mensuelles des établissements) dont le CHMS est l'établissement support. Des liens forts existent avec des partenaires locaux publics et privés (CHMS, CHS de Savoie, CHAM, EHPAD, SSIAD, Cliniques locales) ; il n'a pas été mis en place de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé malgré une initiative portée par le CHVM il y a quelques années ; des dispositifs tels que réseaux de soins RP2S (Réseau Périnatal des 2 Savoie), , Réseau de soins palliatifs et douleur, PASS (Permanence d'Accès Aux Soins), REQUA (Réseau d'Echanges QUALité), 3C, des Groupements de coopération ou encore Urg'ARA sont présents sur le territoire. Il existe un lien fort avec les médecins de ville qui interviennent sur l'établissement (soirée d'information sur le don d'organe par exemple, douleur lombaire et imagerie). Le CHVM dispose d'un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD). Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est régulièrement actualisé ; un dispositif commun (logiciel de bed management) est disponible sur le territoire et a permis d'améliorer le recensement de ces données. Des filières de proximité sont identifiées, en particulier la filière orthopédique ou le parcours Accident Vasculaire Cérébral avec le service d'accueil des urgences avec en exergue une adaptation à la saisonnalité. L'établissement s'est organisé, notamment avec l'appui notamment d'une IDE d'astreinte gériatrique, afin d'éviter les passages aux urgences des personnes âgées (environ 18% d'entrée directes en Médecine). Les délais de délivrance et la qualité de la lettre de liaison sont suivis et abordés en Commission Médicale d'Etablissement, Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico Techniques. Les usagers et les partenaires peuvent joindre l'établissement via le site internet ou par téléphone avec un accueil téléphonique. Les numéros d'appel téléphonique sont communiqués aux patients. L'établissement participe à plusieurs travaux de recherche (par exemple, étude en lien avec Urg'Ara sur les AVC). L'établissement n'a pas encore défini de politique de structuration de la recherche clinique. La promotion de l'engagement du patient est portée par la gouvernance. Le recueil de l'expression patient est un des quatre objectifs de sa politique qualité « Affirmer la place des usagers comme acteur de l'organisation hospitalière ». Cette évaluation de la satisfaction est basée sur la démarche e-Satis. De nombreux questionnaires internes sont également déployés dans les services en complément d'e-Satis. Les résultats de ces enquêtes de satisfaction e-Satis sont exploités et transmis aux professionnels et aux représentants des usagers au décours de la Commission Des Usagers (CDU). L'établissement a mis en œuvre un dispositif d'expérience patient dans certains services comme en hôpital de jour d'oncologie par exemple. L'établissement n'a pas évalué l'impact de ces démarches d'expertise patient. Les plaintes et réclamations sont suivies et connues des équipes et font l'objet d'une communication en CDU. Un partage de ces plaintes/réclamations a été organisé entre l'établissement et les Représentants des Usagers (RU) ; les RU participent aux médiations. La remise du dossier est effective pour les patients qui le demandent. La bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont des valeurs fortes défendues au sein de l'établissement avec l'existence d'un Comité bientraitance intégrant les RU. La bienveillance des professionnels est reconnue par tous les patients rencontrés ; les professionnels connaissent les conduites à tenir pour détecter et signaler les situations de maltraitance. Les équipes sont attentives à l'écoute quotidienne des patients, et sensibilisées à la prévention de la maltraitance (formations Humanitude). L'établissement évalue ces situations de maltraitance et y apporte une réponse adaptée. L'accessibilité des locaux n'est pas assurée dans l'ensemble de l'établissement et pour tous les types de handicap, toutefois l'établissement veille à la prise en compte des vulnérabilités avec de nombreux travaux d'aménagement (stationnement et chambres pour Personne à Mobilité Réduite, banque d'accueil adaptée) ; il existe un protocole d'accueil et d'accompagnement

des personnes vivant avec un handicap établi avec Deltha Savoie et le nouveau Schéma Directeur Immobilier intégrera ces données. La signalétique a été améliorée au niveau de l'établissement grâce à l'implication des RU. Ils sont très impliqués dans la vie de l'établissement et sont force de proposition. Les RU sont informés des différents résultats concernant la prise en charge des patients (plaintes et réclamations, IQSS, e-satis (implication des RU dans les verbatims) , événements indésirables). Les RU participent à la CDU et sont intégrés à différents projets ; ils ont été sollicités pour participer à la création du comité éthique. Un projet des usagers a été élaboré par l'établissement avec la contribution des RU. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins et s'attache à diffuser une culture de la qualité au plus près du patient. La politique qualité, gestion des risques a été établie avec un certain nombre d'acteurs (gouvernance, commission médico-soignante, encadrements) à partir d'une analyse globalisée (cartographie des risques, bilan des événements indésirables, questionnaire satisfaction patient) avec priorisation (culture qualité et gestions des risques, amélioration des pratiques professionnelles, sécurisation du circuit du médicament, et usagers comme acteurs de l'hôpital) et validée par les instances de gouvernance (CODIR, CSE, CDU). La politique qualité, actualisée, est déclinée en cinq objectifs et en actions concrètes dans un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). L'équipe qualité organise des rencontres avec les équipes et les actions qualité sont identifiées et suivies. L'établissement a diffusé une enquête culture sécurité mais a fait l'objet de peu de retours ; l'établissement souhaite poursuivre cette démarche auprès des équipes afin de faciliter l'implication des professionnels dans les projets qualité. Le remplacement des personnels est assuré avec une prise en compte de la saisonnalité et de l'évolution de l'activité hivernale notamment (recrutement en contrat durée déterminée, bilan avec les stations de ski pour anticiper les flux ; la polyvalence des professionnels est encouragée, recours au dispositif HUBLO et à l'intérim). Un retour d'expérience avec les partenaires (notamment médecins de station) sur la gestion des périodes de tension, notamment hivernales est réalisé chaque année. Une maquette organisationnelle est formalisée pour le long séjour; les autres maquettes sont à l'étude. Pour les nouveaux arrivants un livret d'accueil leur est remis et un questionnaire de satisfaction transmis. Les personnes en responsabilité ont bénéficié d'une formation au management. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Le développement des compétences est favorisé par le plan de formation en lien avec les projets de service. Afin de proposer un large choix de formations, celles-ci peuvent également être mutualisées au sein du GHT. Le recensement des besoins en formation est réalisé notamment au décours de l'entretien d'évaluation annuelle. Les professionnels peuvent également accéder à des formations diplômantes (démarche de Validation des Acquis de l'Expérience pour les Aides-Soignants). Sans démarche spécifique type PACTE, il existe une réflexion sur les temps de transmission, temps de transmission médecins/paramédicaux (pluriprofessionnels). Mise en place d'une prime d'engagement collectif avec comité de sélection des projets de service. Des exercices simulation du travail en équipe dans les situations à risque en lien avec le RP2S, service simulation du CHMS ou le service des urgences. On trouve également des démarches spécifiques d'accompagnement en chirurgie pour la mise en place de la Réhabilitation Améliorée après Chirurgie. Il existe une évaluation des questions éthiques mais non formalisée et le comité local d'éthique est en projet. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) est intégrée dans le projet social. L'élaboration et le bilan des actions sont partagés avec les instances représentatives. Un questionnaire QVT a été réalisé avec un faible taux de réponse mais à l'origine de certaines actions (to good to go avec les cuisines ventes à emporter à bas prix, participation Odyssée programme de prévention du cancer du sein, mise en place de l'After Sport, atelier de résilience pour les soignants avec intervenant extérieur, carte de bienveillance par les personnels pour les patients en oncologie, information sur l'alimentation pour les travailleurs de nuit). Un dispositif d'accompagnement des professionnels pour la gestion des difficultés interpersonnelles et de conflits est également en place (encadrement, rencontre service de santé au travail avec psychologue, conciliateur et médiateur formés, les professionnels peuvent également avoir recours à un dispositif externe de médiation). Les professionnels peuvent avoir recours à un soutien en cas de difficultés. Il existe un protocole de signalement et de traitement des situations de violences sexuelles, de discrimination, de harcèlement. Une ligne directe est accessible pour déclaration au référent harcèlement et au médecin du

travail. Le CHVM a rédigé un plan blanc qui a été révisé en juin 2024, mais il n'apparaît pas les différents niveaux auxquels l'établissement a été classé pour les différents plans (AMAVI, NRC, Epi-CLIM...). La gestion des tensions et des situations sanitaires exceptionnelles est définie et conforme au plan ORSAN ; les catégories de risques sont identifiées. L'établissement a été confronté à des situations sanitaires récemment et a pu en faire un retour d'expérience. Les vigilants sanitaires sont identifiés et une coordination est assurée. Le plan de sécurisation de l'établissement est en cours ; certains locaux bénéficient d'accès sécurisés par des codes. Certains patients relèvent qu'ils n'ont pas l'information sur la possibilité de sécuriser leur bien au niveau de leur chambre. L'établissement a défini une conduite à tenir précise pour faire face à une situation dangereuse (intrusion, violence). Un référent Développement Durable est identifié et des actions de sensibilisation sont en place au sein de l'établissement (luminaire LDE, remplacement convecteur électrique, gestion des repas). Ce référent travaille avec un conseiller énergétique. Les risques environnementaux et les filières de valorisation des déchets sont identifiés. Il existe un numéro d'appel pour les urgences vitales ; de plus, la procédure de prise en charge des urgences vitales est connue par les professionnels. L'établissement n'a pas encore évalué l'efficacité de son organisation. Le matériel qui a été harmonisé au niveau des chariots est accessible et les équipes vérifient ce matériel. Les professionnels suivent régulièrement des formations (Attestations de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence) et les professionnels ont réalisé des exercices de simulation. Les recommandations de bonnes pratiques sont diffusées via le logiciel de gestion électronique des documents et une information est réalisée aux cadres et médecins (toutefois tous les professionnels ne sont pas informés directement) ; il a été constaté des difficultés concernant certains professionnels ne sachant pas accéder au logiciel qualité. L'établissement n'a pas mis en place de revue de pertinence des admissions. Le programme d'amélioration de la qualité intègre les actions qui découlent de la satisfaction patient, de l'analyse des Indicateurs qualité sécurité des soins qui sont exploités à l'échelle de l'établissement et des événements indésirables. Toutefois la connaissance des actions mises en place dans le cadre des IQSS est hétérogène tout comme la déclinaison du PAQSS au sein des services. Les professionnels n'ont pas toujours connaissance des recommandations émanant des RU. Les professionnels déclarent les événements indésirables et ont la connaissance des événements déclarés dans leur service. Les événements indésirables qui le nécessitent font l'objet d'une analyse collective approfondie. Un plan d'action d'amélioration est mis en œuvre suite aux événements indésirables. Des analyses des EI avec les équipes sont organisées par l'équipe qualité tous les trimestres. Concernant l'organisation en aval des urgences il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation efficace au sein de l'établissement ; la gestion du non programmé via une cellule de bed management permet une fluidité de ces parcours. La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Resensibiliser les professionnels sur les bonnes pratiques en termes de pose de dispositif invasif S'assurer de la bonne appropriation par les professionnels des précautions standards et/ou complémentaires afin qu'ils les appliquent conformément Réaliser des audits sur la thématique du risque infectieux afin d'améliorer les pratiques sur ce domaine Impliquer les professionnels dans le recueil, l'analyse et la mise en place de plan d'actions concernant les IQSS, notamment ceux applicables à leur service Revoir le stockage des médicaments, notamment ceux à risques, afin de prévenir toute erreur médicamenteuse possible Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

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	730780103	CENTRE HOSPITALIER VALLEE DE LA MAURIENNE	179 rue dr grange CS 20113 73302 Saint Jean De Maurienne Cedex FRANCE
Établissement géographique	730010477	ANTENNE SMUR MODANE	540 avenue emile charvoz 73500 Modane FRANCE
Établissement géographique	730000288	CENTRE HOSPITALIER DE MODANE	110 rue du pré de pâques 73500 Modane FRANCE
Établissement géographique	730785425	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CHGDE ST JEAN DE MAURIENNE	179 rue du docteur grange 73300 Saint- Jean De Maurienne FRANCE
Établissement principal	730000080	CENTRE HOSPITALIER SAINT JEAN DE MAURIENNE	179 rue docteur Grange CS 20113 73302 Saint Jean De Maurienne Cedex FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur			
2	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

6	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences	
8	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
	Patient		Adulte	

10	traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Maternité Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
14	Audit système	Leadership		

15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
20	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique per os ou injectable
22	Audit système	Représentants des usagers		
23	Audit système	Engagement patient		
24	Audit système	QVT & Travail en équipe		
25	Audit système	Maitrise des risques		

26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque/ Antibiotique per os ou injectable
27	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
28	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
29	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
30	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
31	Patient traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
32	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
33	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
34	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
35	Audit système	Entretien Professionnel		
36	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
37	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
38	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité SAMU-SMUR Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
41	Audit système	Entretien Professionnel		
	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

42			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
43	Audit système	Coordination territoriale		
44	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
45	Audit système	Entretien Professionnel		
46	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
47	Audit système	Entretien Professionnel		
48	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
49	Audit système	Entretien Professionnel		
50	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
51	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation à domicile Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
52	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
53	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
54	Audit système	Entretien Professionnel		
55	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Tout l'établissement Urgences	
56	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
57	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences	
	Audit	Dynamique		

58	système	d'amélioration		
59	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
60	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
61	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Tout l'établissement Urgences	
62	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
63	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		

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

