



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CENTRE HOSPITALIER DE FOGÈRES**

133 rue de la forêt  
Cs 20 606  
35305 Fougères



Validé par la HAS en Juillet 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Juillet 2022

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	21
Annexe 3. Programme de visite	25

# 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 de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

**| ... et sur des méthodes**

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

# Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE FOUGÈRES	
Adresse	133 rue de la forêt Cs 20 606 35305 Fougères Cedex FRANCE
Département / Région	Ille-et-Vilaine / Bretagne
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	350000030	CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES	133 rue de la foret cs 20606 Bp 10561 35305 Fougères Cedex FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

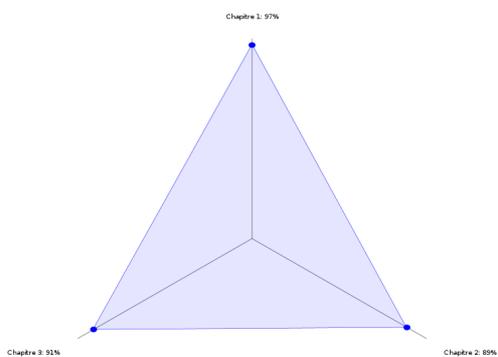
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

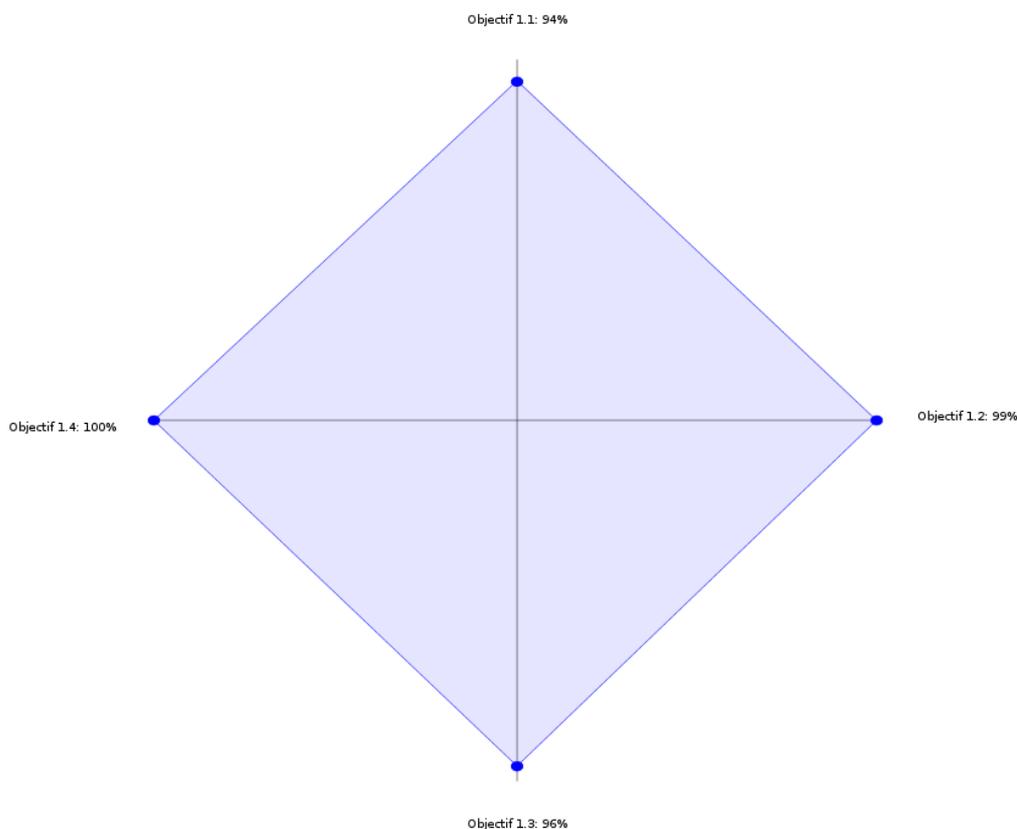
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé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

Au regard du profil de l'établissement, **119** critères lui sont applicables

# Résultats



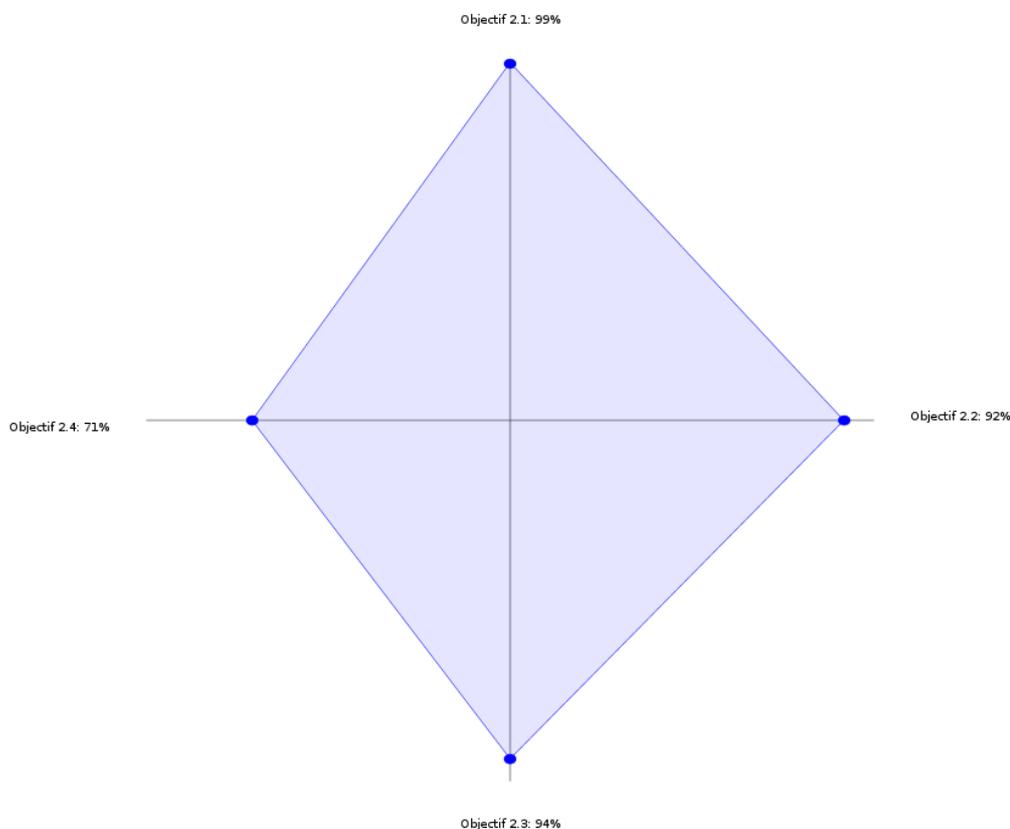
# Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé et son implication est recherchée. Il reçoit une information adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les modalités de sa prise en charge, son projet de soins. Il exprime son consentement de façon libre et éclairée. L'expression de l'enfant et de l'adolescent dans sa prise en charge est recherchée. D'une manière générale, la compréhension par le patient et son implication dans le projet de soins sont recherchées. Il reçoit les informations spécifiques concernant les actes thérapeutiques (transfusion, examen complémentaire, actes invasifs...) Les parents ou titulaires de l'autorité parentale sont impliqués dans le projet de soins. Sauf contre-indication, leur présence auprès de l'enfant est favorisée. Les futurs parents se voient proposer l'élaboration d'un projet de naissance dès le début de la grossesse. En prévision de sa sortie, le patient reçoit l'information sur son traitement de sortie et le suivi de son hospitalisation. Les coordonnées de la personne à contacter dans le cadre de son suivi d'hospitalisation, sont communiquées. Le patient est informé sur ses droits au travers du livret d'accueil remis au moment de l'admission et des affichages positionnés dans les services. Le livret d'accueil comprend toutes les informations nécessaires. Un livret spécifique existe pour la maternité. Les contacts des représentants des usagers ou des associations qui peuvent l'accompagner lui sont communiquées par le biais de ce livret mais également d'un affichage dans les services. Le patient peut désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix. En fin de vie, le patient est invité à exprimer son avis sur la mise en œuvre d'une prise en charge en soins palliatifs. L'information donnée est tracée dans le dossier patient informatisé. Les informations relatives aux messages de santé publique sont peu affichées. Le patient peut exprimer son avis par le biais des questionnaires de sortie, des enquêtes de satisfaction e-satis, du dialogue avec les équipes ou avec les représentants des usagers. Le patient bénéficie du respect de sa dignité et son intimité. La très grande majorité des chambres sont individuelles. Des salons

des familles permettent de s'entretenir avec les proches en toute confidentialité. Le patient mineur bénéficie de conditions d'accueil adaptées. En chirurgie, un parcours spécifique a été mis en place pour l'enfant avec des petites voitures électriques pour se rendre au bloc opératoire et la mise à disposition de tablettes. Concernant les personnes âgées ou les personnes vivant avec un handicap, une attention particulière est portée sur le maintien de l'autonomie tout au long du séjour. En SSR, le patient bénéficie d'évaluations régulières de son autonomie pour les gestes du quotidien. Le patient bénéficie d'une évaluation et d'une prise en charge de la douleur à différents moments de son hospitalisation. Des Mémos rédigés par le Comité de lutte contre la douleur sont disponibles. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte. L'implication des proches ou aidants est favorisée. Quel que soit le service où il se trouve, le patient en situation de précarité bénéficie d'une orientation vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place un accompagnement et permettre des conseils adaptés. Une Permanence d'accès aux Soins est à leur disposition pour des consultations de proximité. Les patients vivant avec une maladie chronique ou un handicap bénéficient d'une attention particulière depuis le passage par les urgences jusqu'à la sortie d'hospitalisation. L'expression de leurs besoins est favorisée. En USLD, les résidents se voient proposer des activités visant à favoriser autonomie et lien social. Les conditions de vie sont prises en compte pour l'organisation de la sortie.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

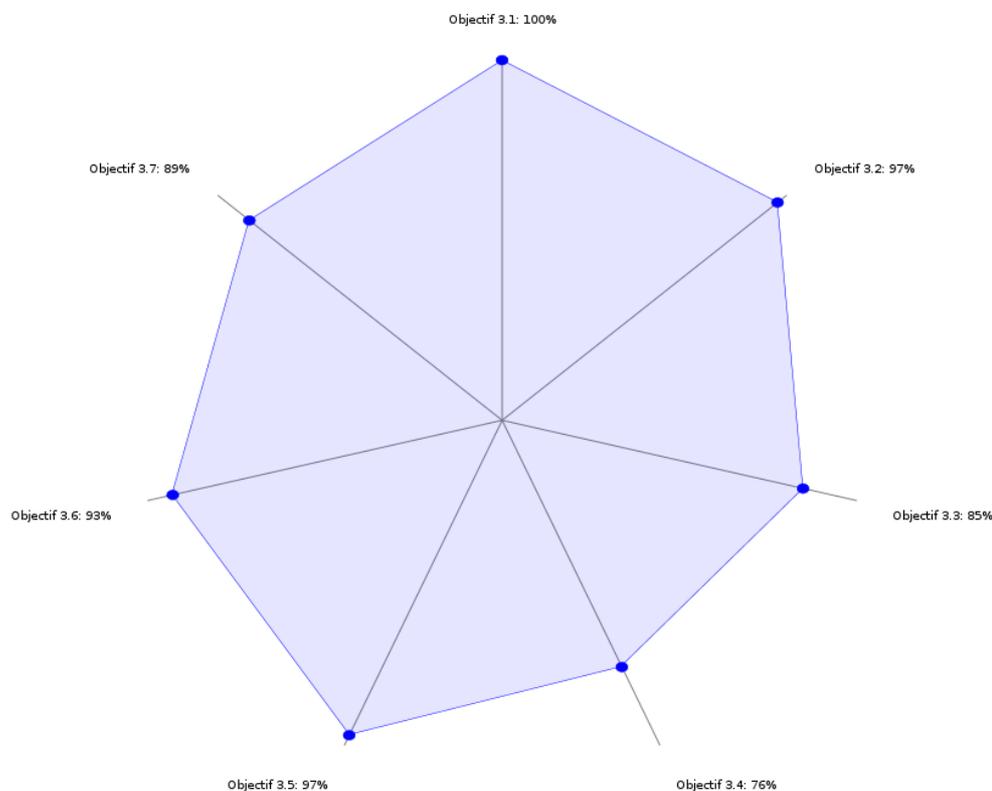


La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée en équipe. L'évaluation et la réévaluation de la pertinence des hospitalisations en SSR est coordonnée en équipe. La prescription d'antibiotique est encadrée, argumentée, réévaluée à 48h et tracée. Une analyse pharmaceutique est conduite 2 fois/jour au regard des éléments du dossier. Elle fait l'objet d'un suivi par la Commission anti-infectieux chargée du suivi des consommations, de la mise à jour des protocoles et de la conduite d'audits transversaux. Un staff hémoculture se réunit de façon hebdomadaire en lien avec le prescripteur. Les équipes du SMUR sont organisées pour une prise en charge 24h/24. Les moyens humains, matériels et documentaires sont disponibles. Un programme de formation des professionnels est en place. Le dossier médical préhospitalier comporte l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge et à la continuité des soins, ainsi que la composition de l'équipe. Des réunions d'analyse de dossiers de SMUR et inter SMUR sont organisées en coordination avec le SAMU 35. Un suivi d'indicateurs permet, le cas échéant, de mettre en œuvre des actions d'amélioration. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans des circuits et délais adaptés à sa prise en charge, même si les délais d'attente ne sont pas communiqués au patient. La nuit, le tri n'est pas réalisé dès l'accueil par un infirmier formé spécifiquement à la fonction d'Infirmier d'Accueil et d'Orientation. Une organisation spécifique est en place pour les enfants d'une part et les adultes d'autre part. Elle met en place un CREX. Le dossier patient informatisé est complet et accessible à tous. Il permet le partage des informations nécessaires à la coordination des différents acteurs. Le projet de soins est construit en équipe lors de staffs élargis ou réunions d'équipe. L'équipe de la pharmacie promeut le déploiement d'activité pharmaceutique : conciliation des traitements médicamenteux depuis 2015, entretiens avec des patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique, accompagnement des patients en rétrocession. Les équipes peuvent

s'appuyer sur des réseaux de recours et d'expertise : filière addicto, équipe opérationnelle d'hygiène, référent médical sécurité transfusionnel, les différents vigilants... Une articulation avec le réseau régional de vigilances et d'appui est en place. Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences. La check list "sécurité du patient au bloc opératoire" est renseignée dans le logiciel du bloc opératoire. Pour les césariennes en urgence, la check list sécurité de la césarienne est renseignée a posteriori et n'est pas retrouvée dans le dossier du patient. Face à ce risque, une barrière corrective a été mise en place lors de la visite avec la mise à disposition d'un document papier à renseigner en temps réel avant retranscription sur le logiciel et ce dans l'attente de la livraison d'un équipement informatique que l'établissement déclare, postérieurement à la visite, avoir mis en fonctionnement. L'évaluation de ce fonctionnement doit être réalisée. Une démarche palliative pluridisciplinaire peut être proposée au patient avec un recours à l'équipe mobile de soins palliatifs et la possibilité d'une hospitalisation sur 8 lits identifiés. La lettre de liaison n'est pas toujours remise à la sortie du patient, les pratiques varient d'un service à l'autre. Les équipes connaissent les règles à respecter en matière d'identitovigilance quelle que soit l'étape du parcours du patient. Celui-ci dispose d'un bracelet d'identification pour sécuriser sa prise en charge. Un système de management de la prise en charge médicamenteuse est en place et opérationnel depuis 2012. Toutes les activités du processus ont donné lieu à des protocoles élaborés de façon collégiale. Un CREX médicament est en place. Le plan d'action est piloté et suivi par le Comité de pilotage. Un travail a été conduit sur les médicaments à risques dès 2015, aboutissant à une liste révisée en 2021. L'établissement a réfléchi à une stratégie de déploiement de la dispensation nominative en prenant en compte les contextes à risques et les ressources disponibles. Un projet d'automatisation a été proposé. La PUI assure le reconditionnement de médicaments non dispensés en forme unitaire et sur étiquette les blisters susceptibles de perdre leur identification. Des outils d'aide à la prescription sont en place. Les équipes peuvent s'appuyer sur un binôme de référents pharmacie du service : un pharmacien et un préparateur. Leurs coordonnées et photos sont affichées sur les armoires à pharmacie. Toutefois, en USLD, selon l'autonomie des patients, les médicaments préparés sont laissés au patient. L'IDE n'est pas systématiquement présente au moment de la prise. L'aide-soignante ou l'agent de service hospitalier, professionnels non habilités, assurent la prise du médicament et en informent l'IDE qui trace a posteriori la prise. Par ailleurs, le matin, l'IDE en poste administre les médicaments déblistérés par l'équipe de nuit en ne disposant plus de l'identification des médicaments pour assurer la vérification de la concordance. Cela expose à un risque d'erreur médicamenteuse notamment sur des médicaments à risques. L'équipe avait identifié ce risque dans un CREX, sans mise en œuvre d'action d'amélioration opérationnelle à ce jour. Toutefois, le médecin chef de service a réalisé fin 2021 une étude PATHOS afin de réévaluer la charge en soins et travailler sur les effectifs et l'organisation du service. La formation aux erreurs médicamenteuses est inscrite dans le plan de formation. Des formations ont été conduites sur la iatrogénie médicamenteuse. Les chimiothérapies sont préparées dans l'URC, deux jours par semaine, selon les bonnes pratiques de préparation en vigueur. Le préparateur en pharmacie en poste et le pharmacien réalisent le double contrôle. La libération des poches est réalisée visuellement par le pharmacien référent. Les informations relatives au traitement personnel et habituel du patient ne sont pas systématiquement tracées dans le DPI. Il existe un dépôt de sang autorisé situé près de l'USC, avec deux infirmières référentes. La check list de dispensation au dépôt de sang est mise en place. Une organisation est prévue et opérationnelle avec un correspondant en hémovigilance formé, un Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH) assurant le suivi d'indicateurs, un circuit sécurisé et tracé, des formations et un bulletin d'information récemment mis en place. Les équipes connaissent les bonnes pratiques d'hygiène des mains. Une formation aux bonnes pratiques de précautions standards et complémentaires d'hygiène est en place. Les résultats des évaluations en hygiène sont partagés lors des réunions d'encadrement et lors des instances. Les précautions standard et complémentaires sont appliquées. Des audits sont menés régulièrement : antibioprofylaxie, préparation cutanée de l'opéré, quick audit hygiène des mains, gestion des excréta. L'équipe opérationnelle d'hygiène assure une surveillance des infections de site opératoire. Le CH de Fougères réalise des endoscopies digestives, des fibroscopies bronchiques et des

cystoscopies ; ces dernières sont réalisées soit au bloc opératoire soit dans le service d'endoscopie en externe. Un carnet de vie a été mis en place en août 2021 pour chaque endoscope. L'équipe suit et trace les résultats des prélèvements et toutes les étapes du processus de traitement de l'endoscope depuis sa prise en charge en fin d'examen jusqu'à son stockage. Le circuit des endoscopes utilisés vers la zone de décontamination comporte des risques en matière de maîtrise du risque infectieux en termes de délai et d'organisation. Un plan d'actions est défini et a été initié lors de la visite. Des audits sont conduits. Un renforcement du dispositif de formation est programmé. Les équipes bénéficient d'un suivi vaccinal. Lors de la semaine sécurité patient un escape Game a été organisé sur grippe pour sensibiliser les équipes. Les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat sont maîtrisés. Les modalités de transport des patients en intra-hospitalier sont adaptées. Le transport est assuré par un aide-soignant formé et le matériel est adéquat. L'intimité et la dignité du patient sont respectées. Les délais sont en adéquation avec une continuité de la prise en charge. Le patient est informé du transfert et du service d'hospitalisation. Les équipes participent aux actions d'évaluation conduites et participent aux actions d'amélioration. La satisfaction et l'expérience patients sont recueillies au travers des questionnaires de sortie et de l'enquête e-satis. Les professionnels connaissent l'outil de déclaration des événements indésirables liés aux soins. L'équipe de diabétologie a mis en place un programme d'éducation thérapeutique prenant en compte l'expérience patient. Celui-ci a fait l'objet d'une évaluation dans la perspective de le faire évoluer en intégrant notamment un représentant des usagers. Toutes les équipes n'évaluent pas leurs pratiques au regard des résultats cliniques ne permettant pas toujours de tirer des diagnostics sur lesquels se fonder pour déterminer des plans d'actions d'amélioration. Il n'existe pas de registre de refus d'admission en service de soins critiques ou d'indicateurs de suivi de la mise en œuvre des checklists.

## Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Il participe activement à la coordination des parcours sur le territoire du GHT dont le CHU de Rennes est établissement support. Le lien avec les hôpitaux de proximité de Vitré et Redon ainsi que la direction commune avec l'hôpital de Marche de Bretagne favorisent la mise en œuvre des filières prioritaires du projet médico soignant, le partage de postes de médecins, l'animation territoriale des urgences et soins non programmés, l'inscription dans le projet territorial de santé mentale. L'hôpital de Fougère veille au lien avec la médecine de ville par la diffusion régulière de plaquettes de communication annonçant l'arrivée des nouveaux médecins hospitaliers et rappelant les coordonnées des spécialistes de l'hôpital. La PUI participe à la communication sur l'offre de soins du CH auprès des pharmacies de ville. L'hôpital de Fougère est inscrit dans la filière territoriale gériatrique, contribuant à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences et à fluidifier leur parcours en lien avec les EHPAD. L'établissement favorise l'engagement des représentants des usagers dans la vie institutionnelle au travers des instances mais aussi d'un travail en partenariat sur de nombreuses thématiques. La gouvernance est à l'écoute de leurs idées et initiatives. Des programmes d'ETP associent le patient en diabétologie et cardiologie. La promotion d'actions visant à développer la place de patients expert est inscrite dans les objectifs de l'établissement. Le recueil de la satisfaction est effectué au travers des questionnaires de sortie et de l'enquête E-satis. L'unité de soins de longue durée participe à l'animation du Conseil de famille. A l'unité de soins palliatifs, un livret d'or est en place. L'établissement participe à la lutte contre les situations de maltraitance et à la promotion de la bientraitance au plus près des équipes de soins. Les professionnels connaissent les modalités d'alerte et sont sensibilisés. Des formations sont organisées et animées en partenariat avec des représentants des usagers. Les locaux sont accessibles aux personnes vivant avec un

handicap. Une action de sensibilisation et d'évaluation a été proposée par un représentant des usagers sur le modèle de Vis ma vie en fauteuil roulant. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables par une implication des assistantes sociales dès le début de la prise en charge du patient, voire en amont, et la présence d'une Permanence d'accès aux soins destinée aux plus démunis. Les représentants des usagers assurent une permanence régulière au sein de la Maison des usagers. L'établissement a obtenu en 2018 le label régional droit des usagers pour ce projet. L'hôpital a mis en place une Charte égalité homme/femme. Une cellule d'accueil des femmes victimes de violence est en place. L'accès du patient à son dossier est favorisé. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Le projet qualité est intégré au projet établissement, ainsi que le Projet des usagers. Il est décliné en programme d'actions institutionnel transversal. Celui-ci fait l'objet d'un suivi et de bilans annuels. Dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau projet d'établissement, un travail est en cours sur la déclinaison formelle des objectifs au niveau des unités de soin afin d'améliorer leur communication au plus près des équipes. La Commission qualité risques est copilotée par la direction générale et la CME. L'hôpital a su s'entourer des compétences nécessaires et consolider la coordination des acteurs indispensables à sa dynamique tels que la direction qualité, la direction des soins, la coordinatrice des risques associés aux soins, le responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, l'équipe opérationnelle d'hygiène, les vigilants. Un programme de formation et d'accompagnement des équipes est mis en œuvre. L'encadrement paramédical et administratif et technique a bénéficié d'une formation au management récente. Une formation au management est proposée au personnel médical. Le Projet social 2022-26 a été élaboré de façon participative et représentative. Trois axes le définissent dont un axe Qualité de vie au travail proposant les orientations suivantes : concilier la vie professionnelle et la vie personnelle, favoriser l'expression et l'accès à l'information, la santé au travail et la mise en place d'actions de bien-être. Une psychologue du travail en poste partagé est positionnée sur une mission transversale d'approche collective et vient en appui des équipes dans des situations de conflit. Des actions sont conduites en matière d'attractivité pour le personnel médical : postes partagés de praticiens hospitaliers avec le CHU, implication dans des projets institutionnels... L'hôpital s'est mobilisé et organisé pour faire face à la crise sanitaire COVID en adaptant les circuits patients, le capacitaire en lits, les pratiques, les formations et les circuits d'information. Le plan Situations sanitaires exceptionnelles (SSE) a été mis à jour et diffusé. L'organisation de crise est en place et a été sollicitée quotidiennement durant la crise COVID. Elle a été également mise en œuvre pendant la visite en raison d'un contexte de tensions hospitalières. Un centre de vaccination COVID est opérationnel en lien avec la ville. Le Comité de pilotage SSE est chargé du suivi et des retours d'expérience. Le risque numérique est pris en compte et les actions de maîtrise de ce risque sont réalisées et suivies. Une politique de sécurisation de l'ensemble des points d'accès vulnérables est conduite. Toutefois la sécurisation de l'accès à la salle de naissance n'est pas complètement assurée. Pendant la visite, l'hôpital s'est saisi de ce risque et a projeté la mise en place rapide d'une action corrective avec un plan d'actions dans l'année. Lors des patients traceurs, les patients ont indiqué mal connaître la procédure de préservation des biens et ce malgré une information dans le livret d'accueil. L'hôpital conduit des actions de maîtrise des risques environnementaux. Une politique développement durable est définie avec un plan d'actions. Un binôme de référents est chargé de coordonner sa réalisation en lien avec la Commission développement durable. La prise en charge des urgences vitales a fait l'objet d'un travail important. La procédure d'urgence vitale et le N° unique d'appel sont connus des professionnels. Le matériel est disponible et vérifié. Les chariots d'urgence sont homogènes quel que soit le service. Les professionnels assurent leur maintenance chacun à tour de rôle pour mieux en maîtriser l'usage. Les formations aux gestes d'urgence (ou son renouvellement) n'ont pas pu être mises en place pour l'ensemble des professionnels. C'est un des objectifs prioritaires de l'hôpital. L'établissement pilote des revues de pertinence de pratiques. Des CREX médicaments, stérilisation, urgences ... sont en place même si leur rythme a été altéré par le contexte de la crise sanitaire. La dynamique semble reprendre. Les résultats des indicateurs qualité sécurité des soins et de la satisfaction patiente sont analysés, exploités et communiqués à l'échelle de l'établissement lors des instances, de comités spécifiques, de réunions avec les cadres, de réunions de service. Ils font aussi l'objet d'une

communication via le Journal hospitalier. Les analyses d'évènements indésirables sont exploitées et consolidées. Les événements graves sont analysés et font l'objet d'actions correctives selon deux circuits transversaux : l'un spécifique aux médicaments, l'autre aux autres événements indésirables associés aux soins. Les équipes peuvent bénéficier d'un soutien méthodologique pour la réalisation des analyses approfondies ou RMM par la coordinatrice des évènements indésirables associés aux soins et la direction qualité. Toutefois, la dynamique des RMM est variable selon les services à risques. Depuis la visite, l'établissement déclare que cette dynamique sera reprise dans le cadre de la nouvelle organisation mise en oeuvre par pôle. Le suivi formel des indicateurs et du plan d'actions est réalisé au niveau transversal puis fait l'objet d'une information aux équipes. Deux médecins hospitaliers sont accrédités.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- 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	350000030	CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES	133 rue de la foret cs 20606 Bp 10561 35305 Fougères Cedex FRANCE
Établissement principal	350000154	CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES	133 rue de la forêt Cs 20 606 35305 Fougères Cedex FRANCE
Établissement géographique	350028668	USLD - C.H.-FOUGERES	133 rue de la foret Cs 20 606 35305 Fougères CEDEX FRANCE

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	3,776
Nombre de passages aux urgences générales	27,932
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	134
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	28
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	18
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	7
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	2
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	576
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	5
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	1
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	8
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	25
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	49
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	7
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou per os
2	Audit système	Maitrise des risques		
3	Audit système	Dynamique d'amélioration		
4	Audit système	QVT & Travail en équipe		
5	Audit système	Leadership		
6	Audit système	Engagement patient		
7	Audit système	Coordination territoriale		
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
9	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Chir => bloc
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins critiques Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires

13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Maternité Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
15	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transfert patient des urgences vers le service de MAG
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards
17	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament chimiothérapie
	Audit			

23	système	Entretien Professionnel		
24	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
25	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie
26	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
27	Audit système	Représentants des usagers		
28	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Hospitalisation complète Programmé	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Soins critiques Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
			Tout l'établissement Patient âgé	

31	Parcours traceur		SAMU-SMUR Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
32	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Soins de longue durée Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Adulte Hospitalisation complète Programmé	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète	

			Programmé	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
38	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Adulte Pas de situation particulière Programmé	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
41	Audit système	Entretien Professionnel		

42	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	
43	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risques
44	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		médicament
45	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
46	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
47	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Programmé</p>	

48	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
49	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
50	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
51	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
52	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
53	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
54	Patient traceur		Tout l'établissement Maternité Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
55	Audit système	Entretien Professionnel		
	Traceur	Transport intra-hospitalier des		Transport intra

56	ciblé	patients		hospitalier
57	Audit système	Entretien Professionnel		
58	Audit système	Représentants des usagers		
59	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Traceur ciblé
60	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Urgences -> bloc

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

