



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

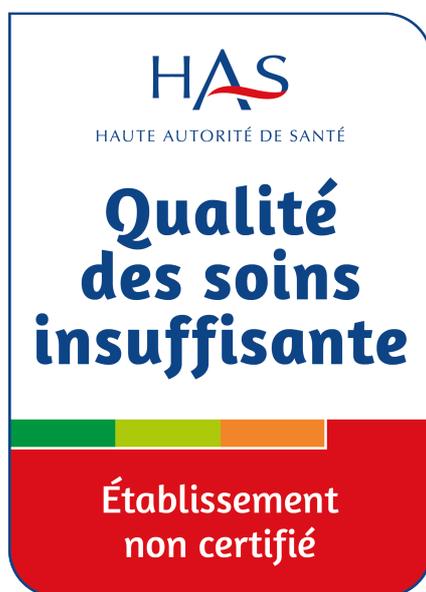
**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
PAUL CHAPRON**

Bp 13

56, avenue Pierre Brule

72401 La Ferte Bernard



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 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 non-certification de l'établissement.

Présentation

| CENTRE HOSPITALIER PAUL CHAPRON | |
|---------------------------------|---|
| Adresse | Bp 13 56, avenue Pierre Brule 72401 La Ferte Bernard FRANCE |
| Département / Région | Sarthe / Pays de la Loire |
| 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 | 720006022 | CENTRE HOSPITALIER LA FERTE BERNARD - PAUL CHAPRON | 56, avenue Pierre Brule 72401 La Ferte-Bernard 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 complète |
| Maladie chronique |
| Médecine |
| Pas de situation particulière |
| Patient âgé |
| Patient atteint d'un cancer |
| Patient en situation de handicap |
| Patient en situation de précarité |
| Programmé |
| Soins Médicaux et de Réadaptation |
| Tout l'établissement |
| Urgences |

Au regard du profil de l'établissement, [112](#) critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Les patients sont informés des hypothèses diagnostiques, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfices / risques et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé sur leur projet de soins. L'information orale est adaptée à la compréhension des différentes populations et accompagnée par de nombreux supports idoines. En médecine ambulatoire, l'Infirmière en Pratique Avancée (IPA) en diabétologie et cardiologie est formée à l'éducation thérapeutique. Elle favorise une approche holistique des patients. Aux urgences, les délais d'attente « circuit court » et « circuit long » sont affichés en salle d'attente. Cependant, en zone de soins le patient n'est pas toujours informé des délais de sa prise en charge. Le repérage des situations de vulnérabilité de nature sociale et/ou psychologique est assuré. Des dispositifs d'aide et d'accompagnement sont proposés. L'établissement accueille des mineurs (environ 600 par an) en consultation aux urgences et en chirurgie ambulatoire. L'enfant / l'adolescent est consulté et invité à exprimer son opinion sur les soins et son consentement est recherché. Un transfert vers un autre établissement est organisé lorsque le patient requiert des soins qu'il n'est pas possible de lui prodiguer in situ. En Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) la consultation de préadmission et le diagnostic éducatif permettent de définir le projet de soins avec le patient. Une information spécifique est apportée en chirurgie ambulatoire, par le passeport d'accueil et les appels de la veille et du lendemain. En HDJ médecine, un courrier de convocation est adressé au patient et un appel de la veille est réalisé. Cependant, aucun document d'information spécifique regroupant les modalités de prise en charge avant, pendant et après le séjour, les événements indésirables possibles, ainsi que la conduite à tenir en cas de survenue, n'existe. Un support d'information est remis au patient en cas de transfusion. Lors de la pose d'un dispositif médical implantable, les consignes de suivi sont délivrées et une carte d'implant est remise au patient. Le livret d'accueil institutionnel, des flyers, le site internet, rassemblent les informations sur le séjour, les modalités de prises en charge et les droits. L'identité de la personne de confiance est le plus souvent tracée dans les dossiers. Cependant, en fin de vie, le patient n'a pas toujours la possibilité de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. D'autre part, les informations sur les modalités pour contacter les Représentants des Usagers (RU) et les associations de patients, sur le droit à rédiger ses directives anticipées, ne sont pas toujours connues des patients. Les patients dans leur majorité ne connaissent pas les modalités pour formuler une réclamation, signaler un événement indésirable associé aux soins. Ils ne savent pas que leur dossier médical de Mon Espace Santé (DMP) est alimenté et consultable par l'équipe, qu'ils ont un droit d'opposition, ni que les échanges avec les professionnels doivent se faire via une messagerie sécurisée. Les patients considèrent que les pratiques professionnelles garantissent leurs droits, à savoir, le respect de l'intimité, de la dignité, de la confidentialité des données et du secret professionnel. Afin de préserver a minima l'intimité du patient, dès lors que la prise en charge ne peut se faire dans des locaux individuels, des dispositifs de séparation sont en place. Cependant, la structuration des locaux ne permet pas de toujours de garantir la dignité du patient. Les services ne sont pas équipés de douches en nombre suffisant. Les douches communes sont vétustes, pas toujours accessibles aux personnes en situation de handicap. Les chariots / fauteuils douche pallient partiellement le problème. La confidentialité des informations concernant le patient n'est pas complètement assurée. Les bureaux où sont stockés les dossiers médicaux ne sont pas sécurisés, laissant la possibilité à des personnes étrangères au service de consulter les dossiers au détriment du respect de la confidentialité. Les enfants et adolescents bénéficient d'un environnement adapté en chirurgie ambulatoire. Des actions sont mises en place pour favoriser leur adhésion aux soins : remise de jeux, de livres, de coloriages, départ au bloc opératoire en voiturette, ... en lien avec l'association « Petits Doudous ». Les parents ou aidants peuvent accompagner les mineurs jusqu'à l'entrée du bloc et en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SPPI). Toutefois, aux

Urgences, l'environnement n'est pas complètement adapté à leur sécurité et à leur protection. La salle d'attente est commune aux adultes et mineurs qui peuvent de fait être confrontés à des situations traumatisantes. Seuls quelques livres sont à leur disposition. En cours de visite un paravent a été installé dans la salle d'attente de manière à créer une zone d'attente pour les mineurs. Des IDE bénéficient de période d'immersion au service des urgences du Centre Hospitalier du Mans (CHM). En 2023, sept IDE du service ont suivi deux jours de formation "Réanimation avancée en Néonatalogie et Pédiatrie" au Centre Hospitalier de Nantes. Cependant, l'ensemble des professionnels n'est pas spécifiquement formé à la prise en charge en urgence des mineurs. L'autonomie des personnes porteuses d'un handicap et des personnes âgées est préservée. Une évaluation de leurs aptitudes, de leurs capacités et des facteurs de risques, est menée dès l'admission. Les objectifs du séjour sont réévalués en staff. Des soins de supports sont mobilisés. La contention mécanique est prescrite, réévaluée et utilisée en dernier recours. Une attention particulière est portée à la prise en charge de la douleur. Des outils adaptés sont utilisés pour son évaluation. Des protocoles antalgiques et des moyens non médicamenteux sont mobilisés. Cependant, en cas de prescriptions conditionnelles d'antalgiques, le niveau de douleur, la dose maximale autorisée et l'intervalle requis entre deux administrations ne sont pas toujours précisés. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient, particulièrement dans les situations difficiles. La traçabilité de l'information donnée est retrouvée et les souhaits de l'entourage sont recueillis. L'implication des familles et des proches est promue en équipe pluridisciplinaire afin de favoriser l'autonomie des patients. L'entourage dispose des coordonnées nécessaires pour contacter les différents intervenants, le cas échéant. Des salons des familles sont aménagés, les horaires de visite sont adaptables. Les conditions de vie environnementales et sociales sont prises en compte dans le cadre des prises en charge et pour la préparation de la sortie. L'accompagnement des patients en situation de précarité sociale repose sur un accès facilité à une assistante sociale. Afin de prendre en compte les conditions de vie habituelles, la préparation de la sortie est anticipée et organisée en lien avec le patient et ses proches ou aidants. En SMR, une conseillère en économie sociale et familiale et une assistante de soins en gérontologie assurent le lien avec les professionnels libéraux.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein des équipes afin de valider les décisions diagnostiques et thérapeutiques. En Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR), les demandes d'admission sont analysées en équipe. En Médecine et en SMR tous les dossiers sont revus en équipe, au cours des staffs hebdomadaires associant les professionnels transversaux (kiné, diététicienne, ergothérapeute, neuropsychologue, ...). La pertinence du maintien en SMR est réévaluée. Pour l'Oncologie des réunions de concertation pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires (RCP) sont organisées en coordination avec les équipes d'oncologie du CH du Mans. Au bloc opératoire, un staff de programmation multidisciplinaire a lieu chaque jeudi. Les RMM et les CREX pluridisciplinaires permettent également d'analyser la pertinence de pratiques. Cependant, la prescription d'une HAD n'est pas toujours envisagée avec le patient et son entourage, le plus tôt possible dans le cadre du projet de soins. D'autre part, l'analyse partagée des transferts en HAD entre les services prescripteurs et l'HAD n'est que ponctuellement réalisée. Les antibiothérapies sont prescrites sur la base des recommandations des sociétés savantes. Elles sont justifiées dans le dossier du patient et leur réévaluation est tracée. De nombreux outils sont à la disposition des prescripteurs : livret référentiel (e-popi), dictionnaire Vidal, livret thérapeutique, tableau des équivalences, alerte systématique à 48/72h pour la réévaluation des traitements antibiotiques. Des référents infectiologues sont joignables pour avis en interne ou en externe. L'équipe Mobile Antibiothérapie du Mans intervient 1 fois par an pour former les cliniciens. L'évaluation de la pertinence d'une prescription d'antibiotique entre la 24ème et la 72ème heure est menée. L'analyse bénéfices / risques avant toute transfusion est réalisée et tracée dans le dossier. Le taux de destruction des produits sanguins labiles est mesuré. Des analyses de la pertinence des actes transfusionnels sont assurées. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre et le suivi du projet de soins de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire, en incluant les soins de support. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits adaptés à sa prise en charge. Elle a accès aux antécédents, examen clinique, prescriptions, résultats de bilan, allergies, bactéries multirésistantes...) via le DPI. Cependant, cette équipe n'accède pas au dossier médical de Mon espace santé (DMP). L'ergonomie du système d'information ne permet pas aux professionnels un accès simultané à l'ensemble du dossier patient utile à la prise en charge (coexistence papier / numérique). En chirurgie, les professionnels sont amenés, du fait de l'existence de multiples supports, à saisir des données en doublon (papier et informatique). Une convergence vers le DPI du Groupement Hospitalier de Territoire 72 (GHT) est programmée pour fin 2025. La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du « patient entrant » bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux. Les équipes de soins peuvent recourir facilement à des avis spécialisés. Une équipe mobile gériatrique territoriale est en cours de déploiement (décembre 2024 - janvier 2025). Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent. La check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace et a été récemment évaluée. Cependant, la qualité des échanges entre le secteur interventionnel et le secteur de soins ne fait pas l'objet d'une analyse régulière avec plan d'actions associé. Les équipes ne mettent pas à jour le carnet de santé de l'enfant pour les informations utiles à son suivi. La prise en charge palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est coordonnée. L'établissement dispose de 2 lits identifiés soins palliatifs et bénéficie de conseils de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) territoriale. Lors de la sortie, la lettre de liaison n'est pas toujours remise au patient. Les résultats de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) - Qualité de la lettre de liaison à la sortie (QLS) avaient donné lieu à un plan d'actions qui a permis à l'établissement de s'améliorer. Une maquette de lettre de liaison est à la disposition des médecins. Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les vigilances sanitaires sont structurées, articulées entre elles et coordonnées avec les autres domaines de risques. Les équipes d'accueil sont formées et appliquent les

bonnes pratiques en identitovigilance. Certains documents du dossier papier du patient ne sont pas identifiés. Les prescriptions médicamenteuses sont le plus souvent informatisées. Toutefois, il a été observé que des prescriptions à distance étaient parfois réalisées, ne respectant pas les éléments de conformité attendus et ne permettant pas la traçabilité de l'administration au regard de la prescription. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour tous les patients, mais n'intègre pas le dossier pharmaceutique. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services, au regard des prescriptions. Lors de l'administration médicamenteuse, les IDE vérifient la concordance entre le produit, le patient et la prescription. Les péremptions sont contrôlées. Les piluliers dans les chariots de distribution sont identifiés par une étiquette patient. La traçabilité de l'administration ou le motif de non-administration du médicament au patient est assurée. Les médicaments à haut risque (MHR) sont identifiés dans les armoires de stockage. Cependant, en SSPI, en dehors des périodes de préparation et d'administration, l'armoire de stockage des médicaments, dont des médicaments à risque, était ouverte et non sécurisée. Les médicaments étaient donc accessibles à des personnes non habilitées. L'armoire a été changée en cours de visite de manière à en sécuriser l'accès. Les équipes disposent d'étiquettes respectant les recommandations pour tous les produits injectables. Cependant, l'identification du patient sur les préparations injectables était incomplète. Un rappel des bonnes pratiques a été diffusé via un flash info en cours de visite. Les éventuelles modifications du traitement habituel, les traitements initiés en cours d'hospitalisation et le traitement à poursuivre après la sortie ne sont pas toujours retrouvés dans le dossier du patient ni dans la lettre de liaison. Les différentes étapes de la prise en charge transfusionnelle sont notées dans le dossier transfusionnel papier, les professionnels sont formés et connaissent la conduite à tenir en cas de complications. Le taux de destruction est mesuré. L'Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH), fortement impliquée, est composée d'une IBODE hygiéniste à 0,6 ETP et d'un pharmacien à 0,2 ETP. Elle s'appuie sur un réseau de correspondants en hygiène dans chaque service pour mettre en œuvre le programme d'actions du CLIN. Un mémo (en format carte postale) est disponible dans les équipes. Des audits sont menés : hygiène des mains, tenues professionnelles, préparation cutanée, ... Cependant, les prérequis à l'hygiène des mains ne sont pas toujours respectés (manches longues, port de bijoux et montres). Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs. Les professionnels chargés de la désinfection des endoscopes sont formés. La traçabilité des étapes de traitement est complète. Des contrôles microbiologiques sont réalisés. Les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination. Le taux de vaccination antigrippale institutionnel est suivi (12%) et les freins sont analysés. En secteur interventionnel les protocoles de préparation cutanée des patients sont établis, les vérifications sont tracées. Cependant, l'évaluation des pratiques en matière de précautions standard d'hygiène adaptées au bloc opératoire et aux actes interventionnels est partielle. Les tenues professionnelles et les allées et venues dans le secteur et les salles opératoires et interventionnelles, en adéquation avec les différentes étapes des circuits, n'étaient pas définies. Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs. Des protocoles sont adaptés à chaque chirurgie et acte interventionnel. La prescription est anticipée dès la consultation de pré-anesthésie. En ambulatoire, l'autorisation de sortie est validée par évaluation du score de Chung et par un médecin. 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. La traçabilité des rayonnements ionisants est retrouvée dans les comptes rendus des examens d'imagerie. Les professionnels utilisent les équipements de protection individuels et les dosimètres. Le plan d'actions en rapport avec les inspections de l'Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN) est suivi. Le transport intra hospitalier des patients est maîtrisé. Les patients sont informés en temps réel des destinations et des horaires de transport dans le respect des bonnes pratiques d'hygiène et de confidentialité. Les équipes analysent leurs pratiques et mettent en place des plans d'actions. De nombreux indicateurs sont suivis : IQSS nationaux, indicateurs institutionnels. Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont menées sur des thématiques transversales (douleur, hygiène, prise en charge médicamenteuse, identitovigilance, ...) ou propres à des prises en charge (utilisation de la check-list sécurité du patient en interventionnel). Cependant, les analyses de pratiques cliniques sont très peu développées dans l'ensemble

des secteurs. Une évaluation sur la prise en charge des insuffisants cardiaques a été réalisée en 2023. Les événements indésirables associés aux soins ne sont pas toujours analysés collectivement avec plan d'actions d'amélioration associé. Des RMM / CREx sont déployés au sein des différents secteurs et en inter établissements, le cas échéant. La gouvernance promeut l'accréditation des médecins pour développer les bonnes pratiques. L'anesthésie est en cours d'accréditation en équipe. En secteurs interventionnels les modalités de la bonne utilisation de la check-list sont analysées. La fréquence des NO GO est suivie. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont en place. La biologie délocalisée permet de pallier les délais de 2 à 3h requis pour obtenir les résultats d'un examen de biologie demandé en urgence au CH du Mans. Les résultats des examens d'imagerie médicale sont également analysés. Les délais de rendu des examens sont adaptés aux besoins du patient notamment grâce au recours à la Télé imagerie.

Chapitre 3 : L'établissement

Le Centre Hospitalier (CH) Paul Chapron de La Ferté Bernard est membre du GHT de la Sarthe (72). L'intérim de direction est confié au directeur général de l'établissement support, le CH du Mans (CHM). Le pilotage en proximité est assuré par un directeur adjoint délégué du CHM. L'évolution de cette gouvernance s'inscrit dans une dynamique vers une direction commune début 2025. Un étage de 30 lits de médecine polyvalente est suspendu depuis juillet 2021. L'établissement est impliqué dans les projets territoriaux de parcours et développe une politique « d'aller vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux. Il maintient des liens structurés avec la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) « Perche Émeraude » et les partenaires de ville. Dix-sept spécialités de consultations externes sont en place avec la contribution de médecins du CH du Mans et de médecins libéraux. Une fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH) de Médecine Polyvalente a été mise en place il y a six mois. Des admissions directes dans les services sont assurées. Afin d'améliorer la communication avec les professionnels externes, les délais de remise et la qualité de la lettre de liaison à la sortie ont fait l'objet d'un plan d'actions. Plusieurs dispositifs visent à prévenir les passages évitables des patients par les urgences, notamment la ligne directe gérée par les médecins polyvalents, le bed management, la plateforme CoHop72. Les modalités de communication permettent aux usagers de contacter l'établissement aisément. Une messagerie sécurisée de santé (MSSanté) est mise à disposition des professionnels par l'établissement permettant un accès rapide aux échanges d'informations entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients. Il y a cependant peu de flux interprofessionnels, en dehors des envois automatiques déclenchés par la validation de courriers médicaux dans le DPI (dossier informatisé du patient) et dans le système d'imagerie (comptes rendus d'Imagerie). Le socle technologique concernant le Dossier Médical de Mon espace santé (DMP) entre professionnels est disponible. Il a été constaté que les professionnels consultent rarement le DMP du patient avant sa prise en charge. L'accès direct au DMP par les professionnels à partir du DPI n'est pas possible à ce jour. On note que les types de documents du dossier du patient reversés au dossier médical de mon Espace santé (DMP) ne sont pas connus par tous les professionnels. Le niveau d'acculturation des professionnels est hétérogène. L'établissement favorise l'engagement des patients. Il recueille l'expression et l'expérience du patient par les questionnaires de sortie, par les plaintes et réclamations / éloges, par les entretiens menés par les représentants des usagers dans les services, via le dispositif de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients « e-Satis » en chirurgie ambulatoire. L'établissement ne recueille pas suffisamment de données en hospitalisation complète. Un dispositif de médiation de conflit dans la relation de soins est accessible aux professionnels. Des formations à la communication avec le patient sont proposées dans le plan de formation. La promotion de la bientraitance et la lutte contre toutes les formes de maltraitance sont des priorités portées par l'établissement. Une charte bientraitance est diffusée. Les situations de maltraitements subies par les patients sont signalées en externe par le service social. Cependant, la gouvernance n'évalue pas que le repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables est effectif. Les professionnels ne se sont pas appropriés les outils et recommandations de bonnes pratiques visant le repérage et la prévention de la maltraitance très récemment diffusés, dont les fiches HAS ad hoc d'octobre 2024. L'accessibilité des installations et des équipements n'est pas complètement assurée dans l'ensemble de l'établissement, notamment pour les personnes à mobilité réduite dans certains locaux, dont les cabinets de toilette des chambres. L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier. Les délais moyens de remise du dossier sont conformes et le suivi est présenté en Commission des Usagers (CDU). L'établissement implique les représentants des usagers et les associations de patients dans les instances et dans la vie de l'établissement. Il met à disposition du patient l'information (flyer CPAM, site

internet, ...) sur les modalités d'accès à son profil "Mon espace santé" et à son usage dans le cadre de sa prise en charge, sauf s'il s'y oppose. Cependant, cette information n'est pas retrouvée dans le livret d'accueil institutionnel. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. L'établissement a élaboré et mis en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (2024 - 2028). La direction et la CME copilotent l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de cette politique. Les représentants des usagers sont associés à cette dynamique. Une cellule de 12 auditeurs internes multi professionnelle et multidisciplinaire est opérationnelle. Des flashes infos sont diffusés. Des escape games, des challenges type Kahoot par service sont initiés. La culture sécurité des soins a été partiellement évaluée. Cependant, les professionnels ne sont pas toujours informés des projets qualité en lien avec leurs activités et ne peuvent être force de proposition pour de nouvelles actions d'amélioration de la qualité / sécurité des soins. L'adéquation des compétences et des ressources disponibles nécessaires à la qualité et la sécurité des soins est recherchée. Les compétences sont régulièrement évaluées via les entretiens d'évaluation des professionnels avec l'identification des besoins en formations. Les responsables d'équipe bénéficient de formations en management. En ce qui concerne le travail en équipe, des réunions de synthèses, des staffs pluridisciplinaires, sont réalisés dans des secteurs. Cependant, les professionnels sont peu sensibilisés au travail en équipe et l'organisation du temps de travail dans certains services ne permet pas la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux et de fait d'échanger sur l'organisation de l'amélioration des prises en charge. Les professionnels peuvent formuler leurs questionnements éthiques au sein des équipes. Cependant, il n'y a pas eu d'état des lieux des questionnements éthiques partagé avec l'ensemble des acteurs. Les professionnels ne disposent pas de cadre opérationnel, ni de ressources d'aide permettant la prise en compte des problématiques éthiques en temps opportun dans l'ensemble des secteurs. La politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) est portée par la gouvernance et déclinée dans l'ensemble des secteurs. Une enquête flash menée en février 2024 a permis d'alimenter le programme d'actions QVT, en concertation avec les instances représentatives du personnel. Le développement des compétences est favorisé par l'accès à de nombreuses formations, dont certaines sont diplômantes. L'intégration des nouveaux professionnels et des stagiaires est accompagnée. Les difficultés de relations interprofessionnelles, inter disciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail sont d'abord gérées en direct, puis si nécessaire sont portées à la connaissance des responsables et enfin, des dispositifs sont mis en place : conciliation / médiation, recours au psychologue du travail. Un service de prévention et de santé au travail du territoire est en cours de mise en place (janvier 2025). Les professionnels ne connaissent pas les dispositifs de résolution des conflits à l'extérieur de l'établissement. La gouvernance a identifié les risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des situations sanitaires exceptionnelles. Un plan global de gestion définit leurs modalités de prise en charge avec des fiches opérationnelles déclinées par type de risque. Un outil de gestion de crise est en place. Des exercices sont régulièrement menés, avec retours d'expérience. Les risques de sécurité numérique sont maîtrisés. Le plan de sécurisation est actualisé sur la base des analyses de risques menées à l'échelle des bâtiments. Les professionnels de nuit disposent d'un dispositif d'alarme pour travailleur isolé. Si besoin, un appel est réalisé à l'administrateur de garde avec intervention de la gendarmerie. Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont pris en compte. L'établissement est engagé dans la Responsabilité Sociale des entreprises (RSE). Les consommations (énergie et eau) sont suivies et le plan d'action durable pour les réduire est validé. Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchets. L'établissement agit pour influencer les comportements des professionnels et des patients en matière de protection de l'environnement et de développement durable (éco gestes). Le dispositif de prise en charge des urgences vitales est organisé dans l'enceinte de l'établissement. Des matériels et médicaments dédiés sont à la disposition des professionnels et vérifiés. Le numéro unique d'alerte est orienté vers l'urgentiste ou l'anesthésiste. Des formations aux gestes d'urgence vitale sont réalisées. Cependant, les exercices de mise en situation ne couvrent pas l'ensemble des secteurs. L'identification et la diffusion des recommandations de bonne pratique clinique ou organisationnelle sont réalisées pour les activités évaluées à risque par l'établissement (risque infectieux, médicaments, bloc opératoire. La moitié des documents accessibles aux professionnels via le logiciel de gestion documentaire

(GED) a été révisé au cours des quatre dernières années. La veille documentaire et réglementaire permet d'actualiser les documents. Le PAQSS n'intègre pas complètement le point de vue du patient (exploitation de e-satis et des questionnaires de satisfaction, plaintes / réclamations, éloges), et les résultats des IQSS, par exemple la qualité de la lettre de liaison à la sortie, la douleur, la consommation des solutions hydro-alcooliques, ... Les valeurs des indicateurs sont accessibles. Chaque unité dispose d'une affiche de synthèse présentant ses résultats globaux. Le portail de signalement des événements indésirables est connu des professionnels. Ils sont analysés en COPIL qualité. Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'une analyse collective approfondie des causes. Cependant, les équipes ne connaissent pas toujours les recommandations établies par la commission des usagers. Depuis le 1er septembre 2024, l'organisation médicale du service des urgences est adaptée en mode Antenne Médicale d'Urgence (AMU), avec une ouverture de 8h30 à 20h30, 25 jours par mois. Une Équipe Paramédicale de Médecine d'Urgence (EPMU) régulée par le SAMU 72 est opérationnelle depuis septembre 2023. Les situations des lits occupés par des patients admis en urgence sont régulièrement analysées. La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension pour soutenir les actions nécessaires, en lien avec la cellule d'ordonnancement territoriale. Une cellule des séjours longs analyse les « cas bloquants » mensuellement. La HAS a décidé d'accorder une non-certification. Cette décision tient compte de la récurrence d'écarts déjà observés lors des visites précédentes, notamment concernant l'association des professionnels à la démarche qualité et la sécurisation du dossier patient. La HAS encourage prioritairement l'établissement à : Améliorer la prise en charge des mineurs : respect de leur intimité, formation des professionnels à leur prise en charge en urgence, mise à jour du carnet de santé. S'assurer que les prérequis concernant l'hygiène des mains soient toujours respectés. Respecter les bonnes pratiques de prescriptions faites à distance. Sécuriser le dossier patient (garantir la confidentialité des données, éviter les données saisies en doublon et les écarts d'identitovigilance). Développer la culture de l'analyse (analyse des informations transmises entre secteur interventionnel et secteur de soins, analyse des pratiques cliniques et des événements indésirables, analyse partagée des transferts en HAD). Perfectionner la prise en charge de la douleur en cas de prescription conditionnelle. Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

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 | 720006022 | CENTRE HOSPITALIER LA FERTE BERNARD - PAUL CHAPRON | 56, avenue Pierre Brule 72401 La Ferte-Bernard FRANCE |
| Établissement principal | 720001437 | CENTRE HOSPITALIER PAUL CHAPRON | Bp 13 56, avenue Pierre Brule 72401 La Ferte Bernard 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 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | ATB PO et IV |
| 2 | Traceur ciblé | Transport intra-hospitalier des patients | | Transport intra-hospitalier des patients |
| 3 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 4 | Audit système | Coordination territoriale | | |
| 5 | Audit système | Engagement patient | | |
| 6 | Audit système | Maitrise des risques | | |
| 7 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Mdts à risque PO et IV |
| 8 | Audit système | Dynamique d'amélioration | | |
| 9 | Parcours traceur | | Médecine Ambulatoire Adulte Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 10 | Audit système | Représentants des usagers | | |

| | | | | |
|----|------------------|---|--|--|
| 11 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 12 | Parcours traceur | | Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement | |
| 13 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 14 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 15 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Per opératoire et antibioprophylaxie (bloc) Dispositif médical réutilisable |
| 16 | Patient traceur | | Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|----------------|
| | | | Programmé Tout l'établissement | |
| 17 | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Urgences Tout l'établissement | |
| 18 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Chimiothérapie |
| 19 | Parcours traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement | |
| 20 | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement | |
| 21 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé | |

| | | | | |
|----|------------------|---|--|--|
| | | | Tout l'établissement | |
| 22 | Traceur ciblé | Accueil non programmé | | Urgences |
| 23 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 24 | Traceur ciblé | Gestion des évènements indésirables graves | | EI déclaré |
| 25 | Audit système | QVT & Travail en équipe | | |
| 26 | Audit système | Leadership | | |
| 27 | Traceur ciblé | Gestion des produits sanguins labiles | | Dépot de sang |
| 28 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 29 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 30 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Précautions standards et complémentaires |
| 31 | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement | |
| | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Patient âgé | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|--|
| 32 | | | Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement | |
| 33 | Patient traceur | | Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé 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 Médicament à risque per os |
| 35 | Audit système | Leadership | | |
| 36 | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 37 | Parcours traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement | |
| 38 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| | Patient | | Médecine | |

| | | | | |
|----|------------------|---|---|---|
| 39 | traceur | | Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 40 | Traceur ciblé | Gestion des évènements indésirables graves | | EI critique ou presque accident |
| 41 | Audit système | Risques numériques – Professionnels | | |
| 42 | Audit système | Risques numériques – Professionnels | | |
| 43 | Parcours traceur | | Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement | |
| 44 | Patient traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 45 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Précautions standard et complémentaires (1) |
| 46 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 47 | Parcours traceur | | Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé | |

| | | | | |
|----|------------------|--|---|---|
| | | | Tout l'établissement | |
| 48 | Audit système | Coordination territoriale | | |
| 49 | Audit système | Engagement patient | | |
| 50 | Traceur ciblé | Gestion des produits sanguins labiles | | Prescription PSL |
| 51 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable |
| 52 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Précautions standard et complémentaires (2) |
| 53 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Antibioprophylaxie et Per opératoire |
| 54 | Parcours traceur | | Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement | |
| 55 | Audit système | Dynamique d'amélioration | | |
| 56 | Audit système | Risques numériques – Professionnels | | |
| 57 | Audit système | Représentants des usagers | | |
| 58 | Audit système | Maitrise des risques | | |
| 59 | Audit système | Risques numériques – Professionnels | | |
| 60 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| | Patient traceur | | Chirurgie et interventionnel Ambulatoire | |

| | | | | |
|----|---------------|---|--|---|
| 61 | | | Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement | |
| 62 | Audit système | QVT & Travail en équipe | | |
| 63 | Audit système | Risques numériques – Gouvernance | | |
| 64 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé | | Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable |
| 65 | Audit système | Entretien Professionnel | | |
| 66 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins | | Dispositif médical réutilisable (Endoscope) |
| 67 | Audit système | Entretien Professionnel | | |

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

