



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CLINIQUE DU TERTRE  
ROUGE / CENTRE  
MEDICO-CHIRURGICAL  
DU MANS**

28 rue guetteloup  
72016 LE MANS



Validé par la HAS en Avril 2025

---

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 – Avril 2025

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	21
Table des Annexes	28
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	29
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	30
Annexe 3. Programme de visite	31

# Préambule

La certification, mission confiée à la Haute Autorité de Santé (HAS) par les ordonnances de 1996, est une procédure d'évaluation externe des établissements de santé publics et privés effectuée par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS : les experts-visiteurs. Cette procédure quadri-annuelle, indépendante de l'établissement et de ses organismes de tutelle, porte sur le niveau de qualité et de sécurité des soins délivrés aux patients. Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique.

La certification constitue une des modalités de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par les établissements. Elle y favorise également la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle.

Cette démarche nationale est réalisée selon des standards internationaux : la procédure de certification est elle-même évaluée par l'International Society for Quality in Health Care via l'International Accreditation Program (IAP), le seul programme international qui accrédite les organismes qui accréditent des structures de soins. La HAS a obtenu de l'ISQua en 2018 le renouvellement de son accréditation pour son activité de certification.

**Une évaluation qui s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers...**

Chaque établissement de santé est évalué sur les critères génériques, s'appliquant à tout l'établissement, ainsi que sur des critères spécifiques relevant :

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD).

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CLINIQUE DU TERTRE ROUGE / CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DU MANS	
Adresse	28 rue guetteloup 72016 LE MANS Cedex 2 FRANCE
Département / Région	Sarthe / Pays de la Loire
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

**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	720000637	S.A. CLINIQUE DU TERTRE ROUGE	62 RUE DE GUETTELOUP 72100 LE MANS FRANCE
Établissement juridique	720000561	CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DU MANS	28 RUE DE GUETTELOUP 72016 LE MANS Cedex 2 FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

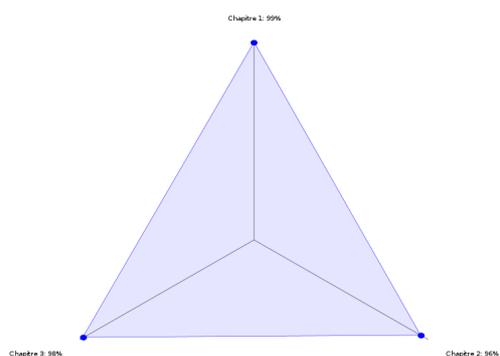
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Soins critiques
Tout l'établissement
Urgences

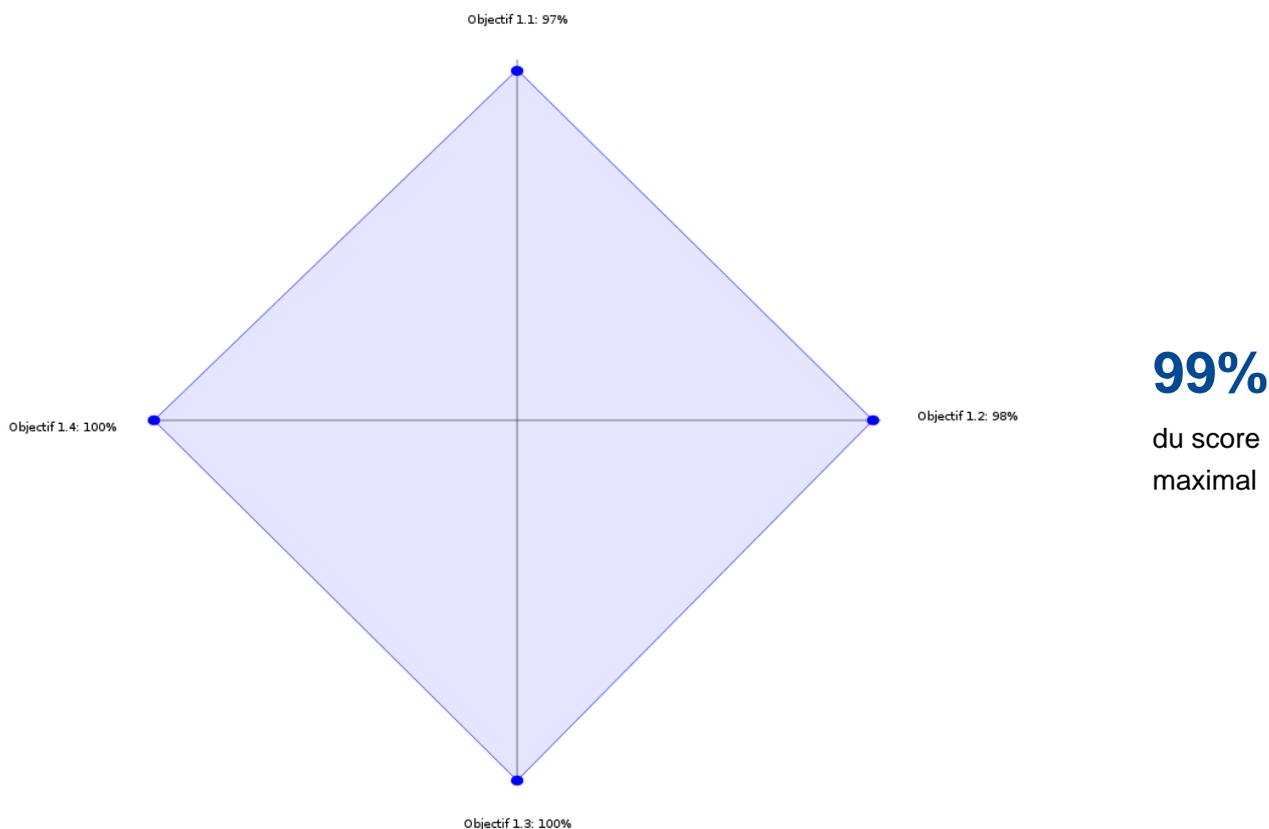
Au regard du profil de l'établissement, [122](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

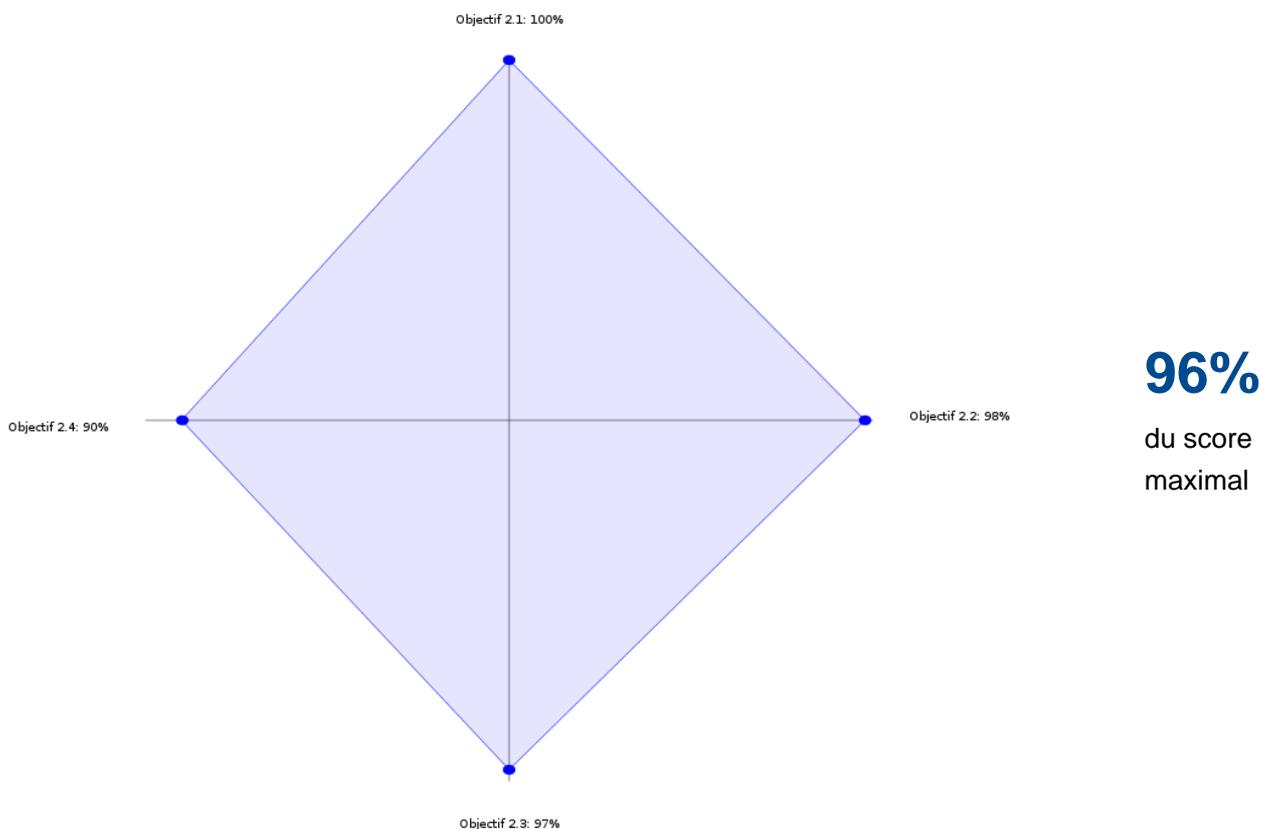
Les patients sont informés des diagnostics, des soins et des traitements qui leur sont proposés. Ils confirment la bonne compréhension de l'information transmise. Ils sont associés à la réflexion bénéfique risqué sur leur prise en charge. Les consentements aux soins et aux actes interventionnels sont recherchés et tracés. De nombreux documents adaptés selon le profil des patients, sont mis à leur disposition pour leur permettre de comprendre leur prise en charge. Dans les secteurs d'hospitalisation ambulatoire, un passeport ambulatoire leur est remis et comporte toutes les informations nécessaires et détaillées. Les explications sur la prise en charge sont également explicitées lors des consultations pré hospitalisation. Les informations sont reprécisées lors de l'appel de la veille. En santé mentale, les patients sont impliqués dans l'élaboration du projet de soins individualisé réalisé avec l'équipe soignante. Les patients mineurs et les parents participent à leur prise en

charge et sont invités à donner leur avis sur leur projet de soins. En chirurgie ambulatoire, un livret spécifique à l'enfant sur l'acte anesthésique leur est donné. En chirurgie sénologique, l'annonce du cancer du sein est réalisée par les radiologues puis reprise par le chirurgien et ensuite par l'oncologue. Un livret « cancer » est remis à la patiente ainsi que les ordonnances post opératoires avant l'intervention. Lors du séjour un « coussin bras » est offert, et les patientes sortent avec une prothèse provisoire externe en cas de mastectomie. En maternité, une référente maternité est une personne ressource pour aider les futurs parents dans le projet de naissance. Un accompagnement est proposé tout au long de la grossesse. Des ateliers sont également proposés dans le cadre du programme « Materniteam ». Les parents ont accès à une « appli » qui regroupe toutes les informations nécessaires à la grossesse et à la naissance. Une visite de la maternité est organisée pour les futurs parents. En cas de transfusion, le patient est clairement informé des produits administrés, en revanche la traçabilité du consentement de 2 patients n'a pas été retrouvée dans les dossiers patient. Les patients sont informés des dispositifs médicaux qui leur sont implantés : prothèses en orthopédie, stents en cardiologie interventionnelle, implants rétinien pour les cataractes. Les doses de rayonnements ionisants sont inscrites sur les comptes-rendus radiologiques et remis aux patients. L'affichage pour l'information des patients est complet et organisé à l'entrée de chaque service et dans le hall central du Centre Médico Chirurgical. Les patients sont informés de leurs droits par les affichages et par le livret d'accueil remis dès l'entrée par le service des admissions. Des livrets d'accueil spécifiques sont formalisés en maternité et en santé mentale. Néanmoins des patients ont exprimé ne pas avoir eu de livret d'accueil notamment les patients hospitalisés par les urgences. Les messages de santé publique sont délivrés dans tous les services par affichage et flyers mis à disposition des usagers. Cependant, bien que les informations soient diffusées dans les livrets d'accueil, sur les affichages et sur la chaîne interne, il reste un quart des patients rencontrés, qui disent ne pas connaître la présence des représentants des usagers et leur rôle, les modalités pour déclarer un événement indésirable associé aux soins et les modalités pour déposer une réclamation. Les documents versés au dossier médical partagé via « mon espace-santé » ne sont pas encore totalement intégrés par tous les patients. L'établissement a mis en place des affichages concernant l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) et l'utilisation de l'Identifiant National de Santé (INS), en particulier au niveau de l'admission. Lors de l'admission, le service informe le patient que son dossier médical sera intégré dans Mon Espace Santé (DMP), bien qu'il reconnaisse que cela ne se fait que depuis peu. Une communication claire à ce sujet est présente dans la zone d'admission de l'établissement, visible à chaque point d'entrée d'admission. La personne de confiance est recherchée et tracée sur un document spécifique regroupant plusieurs items tels que la présence ou non de directives anticipées. Ce document est numérisé et intégré en post hospitalisation au dossier patient informatisé. En revanche, ce document ne permet pas à la personne de confiance désignée par le patient d'apposer sa signature. Pendant la visite ce document a été reformaté pour y intégrer la signature de la personne de confiance. Le droit à rédiger des directives anticipées est expliqué aux patients dans tous les services. Aux urgences, un flyer est systématiquement distribué aux patients pour expliquer l'intérêt de rédiger des directives anticipées. L'expression de la volonté des patients en fin de vie est recherchée ainsi qu'auprès de leur famille. Les horaires de visite sont élargis afin de permettre aux proches d'être présents auprès du patient en fin de vie. Les patients sont invités à exprimer leur expérience et leur satisfaction au travers de l'enquête e-satis et des questionnaires de satisfaction spécifiques aux services comme en néonatalogie, en santé mentale et en HDJ post natal. L'expérience des patients est recueillie tout au long de leur séjour et dans le cadre des parcours spécifiques comme la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) en orthopédie, en chirurgie digestive, en urologie et dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique. Les patients considèrent que les conditions d'accueil et les pratiques professionnelles garantissent le respect de l'intimité et de la confidentialité. Néanmoins en HDJ de santé mentale, l'accueil des patients est réalisé en groupe et une patiente a exprimé ressentir un manque d'intimité lié à cet accueil commun. Des rideaux d'intimité sont mis en place dans les chambres à 2 lits, aux urgences et en salle de soins post interventionnelle (SSPI). L'environnement est adapté pour la prise en charge des enfants dans tous les secteurs de soins. Aux urgences un circuit spécifique est formalisé pour les enfants. En chirurgie ambulatoire, une salle de jeux est à leur disposition. Les enfants

peuvent aller au bloc opératoire en voiturette. Les populations spécifiques (personnes âgées, fragiles ou porteuses d'un handicap) font l'objet d'une attention particulière pour maintenir leur autonomie tout au long de leur hospitalisation. Cependant, le bilan d'autonomie pour les patients âgés de plus de 75 ans est réalisé uniquement au besoin. Une grille est à disposition dans le dossier patient informatisé pour réaliser cette évaluation. Les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) sont développés au sein de l'établissement. On peut citer le programme RAAC en orthopédie et en chirurgie digestive notamment pour la réalimentation. Un parcours de chirurgie ambulatoire très court (Fast Track) est mis en place pour offrir aux patients autonomes une prise en charge rapide et efficiente. Le secteur est totalement individualisé dès l'accueil administratif jusqu'à la sortie. Le patient est ensuite adressé à la consultation de spécialiste. Le recours à la contention est une pratique peu fréquente dans l'établissement et est utilisée en dernier recours après réflexion bénéfique/risque ou sur demande du patient ou de ses proches. Si une contention doit être mise en place principalement les barrières de lits, la prescription médicale, la surveillance et la réévaluation sont tracées dans le dossier du patient. Une réflexion approfondie a été menée sur ce sujet avec les professionnels et le comité éthique. Les patients bénéficient d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper et à la soulager. Les mesures sont répétées et réalisées majoritairement à partir d'échelles adaptées. Pour les prescriptions conditionnelles de traitement antalgique (si besoin), le niveau ou le seuil de tolérance de la douleur n'est pas toujours retrouvé bien que l'organisation du dossier patient le permette. Pour les différentes prises en charge, les proches sont associés au projet de soins du patient. Aux urgences, la présence d'un proche est facilitée auprès des patients en situation de vulnérabilité ou âgés. Les patients mineurs bénéficient de la présence des parents pendant toute la durée de l'hospitalisation. La prise en charge de l'enfant en chirurgie ambulatoire est adaptée avec une salle d'attente dédiée permettant aux parents d'être présents jusqu'à l'entrée du bloc. Ils ne sont pas autorisés à être présents en SSPI. Lors de prises en charge chirurgicales, les parents accompagnent leur enfant jusqu'au bloc opératoire où un sas parent leur permet de patienter jusqu'à la prise en soins par l'équipe du bloc. Ce sas est dédié et l'environnement adapté aux enfants (décoration, jeux, livres). S'il n'y a pas de secteurs dédiés aux enfants au bloc et en SSPI, les professionnels organisent une sectorisation selon les possibilités et l'activité : isolement vis-à-vis des adultes, proposition d'activités récréatives (sur ordinateur par exemple). Pour les patients en fin de vie, la famille ou les aidants sont associés à la prise en charge du patient qu'ils peuvent accompagner. Ils sont informés de l'état de santé du patient et si besoin bénéficient d'un accompagnement spécifique. En maternité, une unité « Kangourou » permet la présence de la maman si le nouveau-né est en néonatalogie. La possibilité est donnée à la famille (conjoint, mère) de dormir dans la chambre. Un lit est installé dans la chambre bébé, dans le cadre du programme « family et family plus ». Les horaires de visite sont souples selon la situation. La présence du père est toujours facilitée même en cas de césarienne "code rouge" sauf si une anesthésie générale est nécessaire. Des ateliers « futur papa » sont organisés avec la participation des « anciens » comme patients partenaires. En chirurgie ambulatoire, la présence d'un tiers est nécessaire durant les 24h après le bloc, l'information est recherchée et tracée dans le dossier pour garantir la sortie. Les conditions de vie environnementale et sociale du patient sont prises en compte. A l'arrivée du patient, le recueil des habitudes de vie et des conditions de vie habituelles sont recensées avec le patient et/ou ses proches afin d'élaborer son projet de soins et permettre l'anticipation de la sortie. Une infirmière de coordination du prestataire « Noé Santé » intervient auprès des patients et de ses proches sur demande du médecin pour recueillir ses besoins pour le retour au domicile, ce qui permet d'organiser la sortie avec tous les partenaires et intervenants et le suivi de la prise en charge des patients au domicile. Une synthèse à J21 est réalisée et un travail est en cours pour l'intégration de cette synthèse dans le dossier patient. Aux urgences, pour les situations difficiles, les professionnels de santé peuvent faire appel à ce prestataire, chargé d'accompagner le patient à sa sortie et de réaliser un suivi pendant 3 semaines en post hospitalisation de sa prise en soins (vérifications des aides apportées, comme le portage des repas, les soins de nursing...). La sortie en SMR via trajectoire est anticipée dès l'hospitalisation et avant la chirurgie. La demande est complétée et mise à jour lors de l'hospitalisation. Les structures sont informées des demandes bien en amont. En maternité, le retour précoce est organisé avec le réseau de sage-femmes libérales. Une liste

est donnée à la maman, qui appelle la sage-femme de son choix. Une coopération étroite avec le réseau périnatalité est en place pour le suivi des bébés et des mamans. Le dépistage de la précarité est systématique, une assistante sociale est disponible tous les jours, et une psychologue est dédiée au service. Un partenariat avec la PMI et une plateforme « enfance en danger » sont en place. En santé mentale, des activités sont proposées chaque semaine. Les patients s'inscrivent sur les différents ateliers : APA (activité physique adaptée), sophrologie, chant, art créatif. Des coopérations sont en place pour permettre aux patients d'assister à des représentations d'artistes en ville. L'ergothérapeute propose des ateliers comme l'écriture, la cuisine avec la diététicienne, des ateliers cognitifs. Un journal mensuel du service est réalisé qui relate toutes les activités réalisées avec des photos. Des repas thérapeutiques sont organisés tous les week-end. Un atelier médicament pour les patients sous psychotropes est organisé avec le pharmacien dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique nutrition.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	90%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée par les équipes qui disposent de recommandations de bonnes pratiques pour l'ensemble des prises en charge. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques sont discutées de manière collégiale lors des staffs, des réunions pluridisciplinaires et les échanges entre les médecins des différentes spécialités. Les prescriptions des antibiotiques (ATB) font l'objet d'une justification tracée dans le dossier patient. Elles reposent sur les recommandations nationales en accédant à une base de données. Le logiciel de prescription produit une alerte pour la réévaluation entre la 48ème et la 72ème heure. Les praticiens disposent de protocoles actualisés. Ils peuvent faire appel à un infectiologue du service de médecine interne ou en son absence par une téléexpertise formalisée via une plateforme de l'ARS. Une cartographie des risques liés aux antibiotiques est formalisée. Des actions comme «

la soirée des antibiotiques » sont organisées par le comité des antibiotiques (COMATB). Des audits de pratiques sont régulièrement réalisés et les indicateurs de bon usage des antibiotiques sont suivis par le COMATB. La pertinence des transfusions et des produits dérivés du sang est analysée par une revue de pertinence. Elle est argumentée et tracée dans le dossier patient pour chaque acte. Les mesures restrictives en santé mentale sont exceptionnelles car le service n'accueille pas de patients relevant de cette obligation. Seuls, les patients en hospitalisation libre sont accueillis. Les patients sont libres d'aller et venir dans le service. Si la liberté d'aller et venir est restreinte uniquement pour le service, la restriction « hors service » est toujours prescrite, argumentée et réévaluée par les psychiatres et lors des staffs pluriprofessionnels hebdomadaires. Les équipes sont coordonnées pour assurer une prise en charge adaptée et continue des patients dans tous les secteurs de l'établissement. La coordination est effective dans l'élaboration du projet de soins des patients. La mise en place des réunions pluriprofessionnelles, staffs journaliers, RCP, transmissions orales et écrites dans tous les services contribuent à une approche globale et concertée des patients. Ces réunions permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé, de l'évolution du patient et le réajustement du projet de soins en continu. Le projet de soins est adapté et intègre les soins de support. La programmation des actes interventionnels est organisée par une cellule de coordination qui se réunit toutes les semaines pour valider le programme de la semaine suivante. Le programme du J+1 est également validé chaque fin de journée par le médecin anesthésiste de garde. Les modalités d'intégration des urgences sont inscrites dans la charte du bloc opératoire et connues des professionnels. La régulation est organisée par des professionnels dédiés et ajustée au fil de l'eau, notamment pour prendre en compte les urgences chirurgicales. Les déprogrammations sont argumentées et reprogrammées dans les meilleurs délais, en fonction de leur ordre de priorité. Elles font l'objet d'analyse des causes (à partir d'un outil informatique) en conseil de bloc. La check-list sécurité des patients est utilisée lors des vérifications croisées dans tous les secteurs interventionnels. Une fiche de liaison service-bloc est intégrée dans le dossier patient. Les données du suivi de prise en charge per et post opératoire en SPPI sont accessibles aux professionnels des services de soins pour assurer la continuité des soins. Aux urgences, les patients sont accueillis et orientés par des professionnels formés à l'accueil et l'orientation (IAO et MAO) et selon une échelle de tri. Un critère lié aux handicaps et à la vulnérabilité est inclus dans l'algorithme de tri. L'IDE d'accueil et d'orientation (IAO) dispose d'un protocole pour dispenser des antalgiques aux personnes se présentant aux urgences. Les praticiens peuvent avoir accès à des avis spécialisés en interne (gastroentérologie, néphrologie, infectiologie) ou en externe (auprès du CH du Mans principalement). Un système d'information commun à tous les services des deux établissements est disponible. Tous les professionnels ont accès au dossier du patient partagé selon leur niveau d'habilitation, et ce tout au long du parcours urgence-UHCD-services de soins. Aux urgences les médecins ont accès aux documents de mon espace santé. Les délais d'attente ne sont pas communiqués en temps réel aux usagers à partir d'un affichage dynamique mais seulement de façon orale. Une demande a été réalisée auprès du service du système d'information pour apporter une solution sur ce sujet. En santé mentale, tous les patients sont pris en charge en hospitalisation programmée, il n'y a pas d'urgences psychiatriques sur le CMCM. Les urgences sont prises en charge au CH du MANS ou dans l'établissement de santé mentale d'Allonnes. Les demandes d'admissions sont évaluées par les médecins psychiatres qui donnent leur aval. Une date d'admission est fixée en concertation avec le cadre du service et le secrétaire d'admission. Le jour de son arrivée le patient est vu en entretien d'admission par le médecin psychiatre, puis par une IDE qui recense ses besoins et ses préférences. Le projet de soins individualisé est organisé en équipe pluridisciplinaire et lors des staffs hebdomadaires. Un examen somatique est réalisé le jour de l'entrée du patient ou dans les 24h. Un médecin somaticien est présent tous les jours. Il assure le suivi somatique tout au long du séjour et ses observations médicales sont tracées dans le dossier patient ainsi que sur la lettre de liaison. Le dossier patient est informatisé (DPI) sur l'ensemble de l'établissement. Il existe encore des documents sous format papier comme la fiche de surveillance per opératoire. Tous ces documents sont accessibles pendant le séjour du patient puis numérisés à sa sortie pour être intégrés dans le DPI. La moitié des professionnels connaissent les documents qui sont reversés au dossier médical partagé, bien qu'une icône apparaisse sur le DPI en regard des documents ad hoc. Les équipes

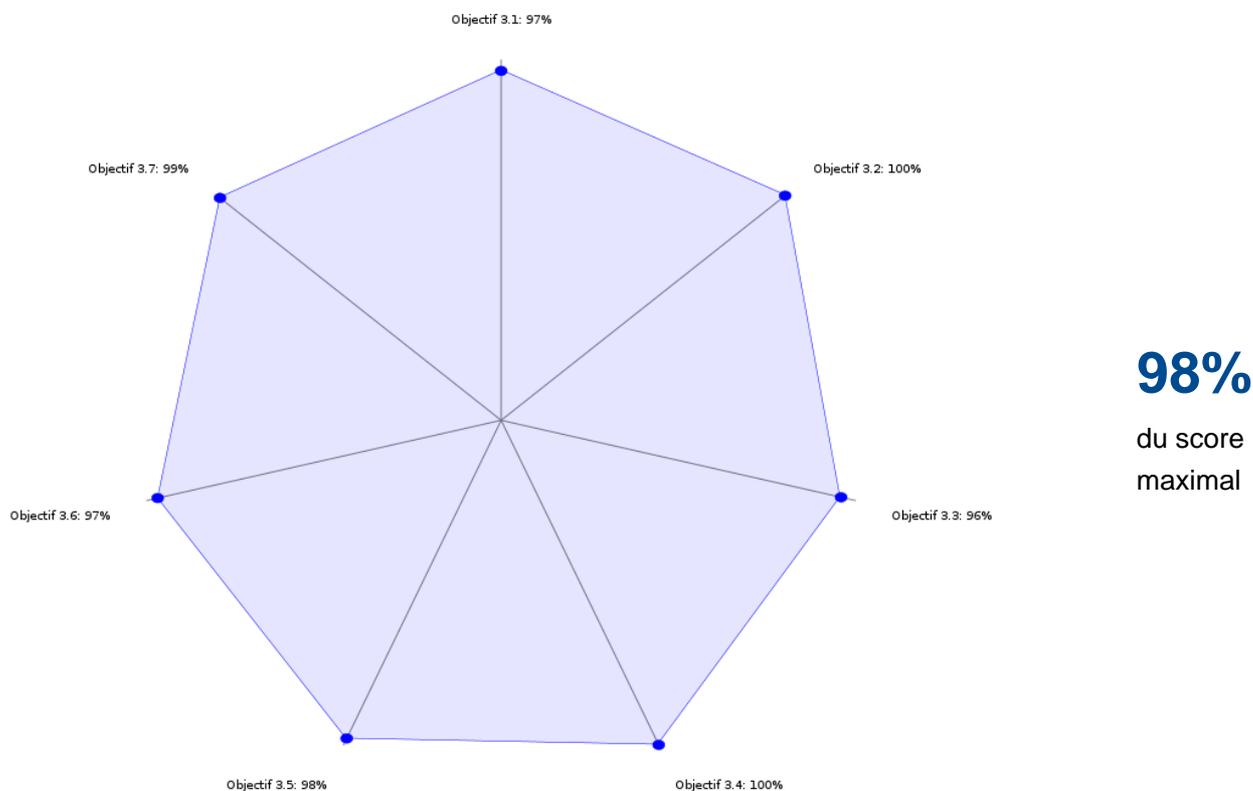
médicales ne sont pas familiarisées avec la consultation du Dossier Médical Partagé (DMP), en particulier avec le service "WebPS DMP", et n'utilisent pas cette fonctionnalité. De plus, la Carte Professionnelle de Santé (CPS) n'est pas exploitée, et aucune sensibilisation à son utilisation pour accéder au DMP n'a été programmée. Les professionnels peuvent avoir recours, si nécessaire à des correspondants experts en interne et en externe dont les modalités de recours sont connues : prise en charge de la douleur (CLUD), psychiatres, psychologues, gériatres, IDE titulaires du DU plaie et cicatrisation, stomathérapeute, addictologue ... La prise en charge palliative pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle est coordonnée. Les demandes des patients et de leurs proches sont prises en compte. Les familles et les aidants sont accompagnés dans le processus de la fin de vie. Cependant, le départ du médecin spécialisé en soins palliatifs n'est pas encore remplacé. En l'absence d'équipe mobile de soins palliatifs, les professionnels peuvent solliciter les ressources internes et externes telles que le centre de cancérologie de la Sarthe, le psychologue et l'infirmière de l'établissement diplômés d'un DU soins palliatifs, le médecin gériatre, le médecin "douleur" ou le médecin interniste. Les professionnels peuvent faire appel à la plateforme ELSAN pour un soutien psychologique externe. En maternité, les modalités de prise en charge des parents suite à un décès in-utéro sont organisées. Un soutien psychologique est proposé aux parents. L'équipe accompagne les parents dans le deuil périnatal, et dans les démarches administratives. Une « box souvenirs » est à leur disposition s'ils le souhaitent. La conciliation médicamenteuse est déployée et ciblée selon une stratégie de pharmacie clinique. Les pharmaciennes utilisent un logiciel spécifique pour réaliser la conciliation. La conciliation est mise en œuvre en psychiatrie pour les patients de plus de 65 ans et/ou ayant une pathologie somatique chronique. Elle est réalisée par l'équipe pharmaceutique. La conciliation médicamenteuse de sortie est accompagnée, en fonction des besoins éducatifs du patient, d'un entretien pharmaceutique. Le médecin traitant et le pharmacien d'officine sont destinataires du compte-rendu de conciliation. En cardiologie, une conciliation médicamenteuse de sortie est réalisée à la demande des cardiologues pour les patients âgés complexes. A la sortie des patients la lettre de liaison et/ou le compte-rendu d'hospitalisation est remis à J0. Le carnet de santé de l'enfant est complété et remis aux parents. Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification sont mises en œuvre tout au long de la prise en charge dans la majeure partie des services. En HDJ de santé mentale, les patients ne sont pas identifiés (la remise d'un badge d'identification a été abandonnée depuis la pandémie Covid et cette pratique n'a pas été reprise). La remise des badges a été reprise pendant la visite. l'INS (Identité Nationale de Santé) est en place dès l'admission mais pas toujours qualifiée. En effet, une baisse de l'INS qualifié a été constatée, ne dépassant pas les 72 % en octobre. L'amélioration de la qualification de l'INS est une problématique identifiée au niveau de l'établissement et qui est intégrée dans le plan d'actions du Comité identitovigilance. Les vigilances sont organisées et les professionnels se sont approprié les modalités de déclaration. La prise en charge médicamenteuse est organisée dans son ensemble : prescriptions, analyses pharmaceutiques de niveau 2, dispensations et administrations. Le transport des médicaments est réalisé selon les recommandations de bonnes pratiques. Le stockage des médicaments est sécurisé, les armoires sont fermées (serrure à clefs) et les portes des postes de soins sont fermées. Le contrôle des armoires à pharmacie est régulier, néanmoins, il reste quelques médicaments périmés dans un service. Pendant la visite, l'établissement a été réactif et a mis en place une check list des périmés. Les piluliers sont identifiés avec une étiquette patient, les médicaments restent dans leur blisters identifiants. Ils sont préparés quotidiennement pour 24h par les IDE du service. Les dates d'ouvertures sont notées sur les flacons. Les médicaments thermosensibles sont stockés dans des réfrigérateurs sanitaires munis d'un reporting d'alarme. En cas de besoin, pour un médicament hors horaire d'ouverture de la pharmacie, une procédure est en place, effective et connue des professionnels. Les professionnels peuvent également utiliser intranet pour rechercher les services qui utilisent le médicament pour lequel ils sont en rupture afin de se réapprovisionner sans avoir à déranger le pharmacien d'astreinte. L'administration des médicaments est réalisée selon les bonnes pratiques. Les postes de soins fermés, non accessibles aux patients, permettent une préparation extemporanée sans interruption de tâche. La concordance entre le produit, le patient et la prescription est systématiquement réalisée avant l'administration par l'ensemble des IDE rencontrées. L'administration ou le motif de non-administration du

médicament au patient sont systématiquement tracés dans le DPI en temps réel. Les médicaments à risque sont sécurisés. Des listes de médicaments à risque ont été mises en place par service avec une réflexion associant pharmacien et équipe médicale pour l'adaptation aux caractéristiques des services. Ces listes sont affichées et connues des personnels. Les médicaments à risque sont identifiés dès la prescription, lors de la délivrance et dans les armoires de service par un logo. Les stupéfiants sont stockés dans un ou deux tiroirs fermés à clé dans les armoires à pharmacie. Il a été constaté dans certains services que les séparations entre les stupéfiants de même dosage n'étaient pas en place. La gouvernance a été très réactive pendant la visite et un plan d'actions a été mis en place. Les IDE ont bénéficié d'une formation/sensibilisation à l'utilisation des médicaments à risque sous des formes ludiques (jeux d'évasion mais aussi par une vidéo réalisée par la pharmacie). La prise en charge des produits sanguins labiles (PSL) est assurée par les équipes selon les bonnes pratiques qui sont diffusées et connues. On retrouve dans le DPI, et le dossier transfusionnel la traçabilité des éléments nécessaires aux contrôles des administrations et aux suivis des patients. Les modalités de prise en charge des précautions liées aux complications graves d'œdèmes aigus de surcharge post transfusionnelle (OAP, TRALI et TACO) sont connues. Les indicateurs de bonnes pratiques de transfusion sont suivis (taux de perte, part des transfusions de nuit ou de fin de semaine, nombre d'événements indésirables). Le personnel habilité à réceptionner les PSL est formé. Des actions de sensibilisation des personnels de soins sont réalisées. Les enceintes réfrigérées de stockage sont vérifiées et cartographiées. Un test d'excursion de température est réalisé et concluant : l'alarme étant déportée auprès des professionnels de santé présents dans le bloc obstétrique Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en termes de prescription, de surveillance et de traçabilité. La pertinence de leur maintien est réévaluée tous les jours lors des transmissions inter équipes ou lors des staffs. La préparation pré et per opératoire est réalisée selon les recommandations de bonnes pratiques et tracée dans le DPI. Les précautions standards et complémentaires sont intégrées par les professionnels. Néanmoins, quelques professionnels portent encore des bijoux (montres, alliances, bracelets ...). Les précautions complémentaires sont prescrites et assurées selon les protocoles en place. Une alerte via le logiciel est transmise à l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) qui vérifie la bonne application des mesures préventives de contamination. En secteur interventionnel, les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont respectées. Les protocoles sont actualisés selon les recommandations de la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR). Le type d'antibioprophylaxie est inscrite sur le document d'anesthésie. La prescription peropératoire pour les 24 premières heures est réalisée manuellement sur la feuille d'anesthésie et intègre la prophylaxie. Le délai entre le début de l'antibioprophylaxie et l'incision est respecté. Le choix de la prophylaxie est déterminé par le type de chirurgie. La durée de l'antibioprophylaxie est prolongée si nécessaire selon la durée de l'intervention. Une évaluation des pratiques annuelle est présentée en CLIN. Des actions sont mises en place pour améliorer les pratiques au regard de l'analyse des résultats. Le traitement des endoscopes est conforme aux bonnes pratiques. 2 salles sont dédiées au bloc opératoire pour réaliser les endoscopies sous anesthésie générale avec 2 circuits propres et sales distincts. Les endoscopies bronchiques peuvent être réalisées dans un autre service (USC, USIC, Urgences...) via 2 chariots prêts à l'emploi. Un IDE de bloc accompagne dans tous les cas l'opérateur. La maintenance préventive et curative des endoscopes est assurée. Les professionnels sont formés à l'activité de traitement des endoscopes. L'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) est composée d'une pharmacienne hygiéniste, d'un cadre référent, et d'une IDE qui partage ses missions sur le DPI. L'équipe EOH est présente et active sur le terrain et auprès des équipes. Des référents hygiène sont identifiés dans chaque service et participent aux différents audits menés par l'EOH et aux formations auprès de leurs pairs. Un manuel d'assurance qualité sur la gestion du risque infectieux est formalisé. Le CLIN se réunit 3 à 4 fois par an avec les 2 présidents de CLIN (1 pour chaque établissement). Il formalise le programme d'actions au regard du bilan n-1, basé sur les résultats d'audits, les recommandations nationales, et les Fiches des Evènements Indésirables (FEI). L'EOH réalise 4 à 5 sessions d'une journée de formation par an. Les professionnels peuvent également participer à des formations organisées par le réseau départemental « LUTIN », ou par le CPIAS de Nantes. Le CPIAS est intervenu dans l'établissement lors d'une récente épidémie de BHRé. Un RETEX a été

mené suite à cette épidémie qui a servi de formation en intra. La formation des professionnels est également réalisée par la simulation des erreurs dans le bloc des erreurs, salle de soins des erreurs, bloc obstétrical des erreurs. Des évaluations régulières sur l'hygiène des mains (1 à 2 fois par an) sont réalisées : pulp friction, boîte à coucou, participation à la journée nationale d'hygiène des mains avec la participation des usagers. Des audits sont régulièrement menés : audit gestion des excréta, précautions complémentaires. Des challenges hygiène sont également menés. Un programme d'audit est défini annuellement en CLIN et en COMATB. A la suite de chaque audit, un rapport incluant les résultats et le plan d'actions d'amélioration est diffusé au CLIN, au COMATB, à la direction et auprès des responsables des services concernés. En dehors des audits planifiés annuellement, des audits complémentaires peuvent être réalisés à la demande de tout responsable d'activité, sur décision du service Qualité, CME, cadres soignants ou de la direction. En complément, l'établissement participe aux démarches d'évaluation proposées par les instances régionales. Les facteurs de risques de dépendance iatrogène ne sont pas toujours recherchés. Les actions préventives sont mises en place au regard de l'âge et de l'état du patient et non en regard d'échelles, comme les échelles du risque d'escarres, ce qui génère une standardisation de ces actions et non une personnalisation au regard d'une identification des risques. La gouvernance a mis en place un plan d'actions suite aux constats. Comme la mise en place d'un groupe de travail sur le sujet, l'intégration des items d'évaluation dans le projet de soins personnalisé des patients et la formalisation d'une fiche pratique à l'attention des professionnels. En santé mentale, Le risque suicidaire est évalué par les psychiatres et des mesures de prévention pour éviter le passage à l'acte sont mises en place en équipe. Les professionnels sont sensibilisés à la vaccination par des campagnes menées par affichage, et la mise à disposition des vaccins dans tous les services pour procéder à leur vaccination. Le taux de couverture vaccinale est connu et suivi et l'analyse des freins à la vaccination est réalisée. Les professionnels utilisent les équipements de protections individuelles et les dosimètres pour se protéger des rayonnements ionisants. Le suivi de la dosimétrie reçue par les patients est réalisé et intégré dans le dossier patient. En maternité, les équipes sont formées à la prévention et à la prise en charge précoce de l'hémorragie du post partum. Un protocole de prise en charge est formalisé. Le transport intra hospitalier est réalisé par des professionnels formés à l'hygiène, à l'identitovigilance et aux urgences vitales (niveau 1). Le confort des patients et les délais de transports sont respectés. La lettre de sortie est éditée le jour de la sortie mais elle ne contient pas toujours le bilan thérapeutique et le comparatif entre le traitement d'entrée et de sortie pour les patients vulnérables. Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions d'amélioration pour garantir la qualité et la sécurité des soins. Dans l'ensemble des services de nombreuses évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées au travers d'audits. En santé mentale des analyses de pratiques sont réalisées mensuellement avec un psychologue externe où des situations ou cas sont analysés en termes de points forts et de points d'amélioration avec des plans d'actions intégrés dans le PAQSS. Pour exemple, mise en place d'une formation sur la prise en charge des troubles addictifs suite à la demande des professionnels. Dans l'ensemble des services les professionnels connaissent les résultats des enquêtes de satisfaction, des indicateurs et des audits. Ils citent les actions d'amélioration et donnent des exemples d'actions comme, la mise en place d'une zone d'attente spécifique pour les enfants en ambulatoire, l'amélioration de la signalétique, la mise en place des échelles d'évaluation de la douleur ... Néanmoins la connaissance des plans d'actions n'est pas totalement intégrée par tous les professionnels qui n'ont pas tous su expliciter les actions à mettre en place suite aux résultats des EPP, analyse des EI, audits et satisfaction des patients. En secteur interventionnel, les audits d'utilisation de la check-list sont réguliers et les actions d'amélioration suivies. L'analyse des GO/NO GO (extraction automatique et en temps réel via un logiciel spécifique du bloc opératoire) est effective. Les résultats sont présentés et exploités en réunion de service, en réunion du plateau technique et en conseil de bloc. Au bloc opératoire des réunions hebdomadaires entre professionnels du plateau technique permettent d'aborder la communication inter équipe pour la rendre plus claire et plus fluide. En chirurgie orthopédique, les professionnels ont réalisé en novembre 2024 une enquête sur la qualité de vie des patients pris en charge en circuit RAAC. Cette enquête a contribué à la fois à l'évaluation des résultats cliniques et au recueil des PROMS. Dans ce service également, des enquêtes sont

réalisées sur la prise en charge de la douleur post opératoire. Les axes d'amélioration proposés sont suivis (responsables, échéancier) et intégrés dans le PAQSS du secteur. Les indicateurs dans les secteurs de soins critiques ne sont pas tous suivis. Le registre des refus est tenu à jour difficilement depuis l'absence de la cadre et les réhospitalisations à 48/72h ne sont pas suivies. Un plan d'actions pour le recueil des indicateurs en soins critiques est formalisé pour l'année 2025. Des réunions régulières sont menées avec le laboratoire et le service d'imagerie pour réaliser des bilans de fonctionnement et mettre en place des actions d'amélioration. Les équipes déclarent les évènements indésirables et les presque accidents qui font l'objet d'analyses collectives avec leur participation. Des RMM et des CREX sont en place dans tous les secteurs de soins.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	100%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	97%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	99%

Les cliniques du Pôle Santé Sud (PSS) ont été regroupées sur un seul site en 2008. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens permet aux deux entités, Centre Médico chirurgical du Mans (CMCM) et Clinique du Tertre Rouge (CTR), de mutualiser les plateaux techniques, la stérilisation, les services techniques, logistiques et administratifs. Plusieurs partenaires ont rejoint les 2 établissements pour compléter

l'offre de soins de l'agglomération Mancelle : imagerie, biologie médicale, hémodialyse, SMR et HAD. L'offre de soins du Centre Médico Chirurgical du Mans et de la Clinique du Tertre Rouge est composée des prises en charge en chirurgie, médecine, santé mentale adulte, gynécologie, obstétrique, cardiologie interventionnelle, soins critiques (unité de surveillance continue et USIC), et les urgences polyvalentes adultes. Le CMCM est le 2ème service d'accueil des urgences du Département. Il collabore avec le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) composé du Centre Hospitalier (CH) du Mans et de ses hôpitaux périphériques. Une ligne de permanence des soins est partagée avec le CH du Mans pour la coronarographie. Une cellule de coordination est en place pour les prises en charge en maternité avec la cellule de régulation qui permet les différents transferts entre les maternités. Il participe activement à la prise en charge des patients en santé mentale. Il travaille en collaboration avec l'établissement public de santé Mentale Allonnes (EPSM). Le projet de santé mentale avait été finalisé en 2022, le contrat local signé en 2023. L'établissement est associé à l'assemblée de suivi du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et est invité à participer à la réécriture du prochain projet. Un observatoire en santé mentale (mission ministérielle) est organisé pour travailler sur la santé mentale en Sarthe. Une réunion en « visio » avec les établissements de psychiatrie a lieu tous les jours pour organiser les capacités d'accueil des patients sur l'ensemble du département. Un lit de psychiatrie post urgence est mis à disposition dans le cadre de la collaboration avec le staff de régulation de l'offre psychiatrie Sarthe (SROPS). Concernant la prise en charge des urgences, le département est régulé à 100% soit par le SAS soit par le SAMU. Le CMCM compte environ 80 passages/jour. Les périodes de tension sont régulées en concertation avec le CH du Mans et l'ARS. Des critères de tension sont mis en place. Un RETEX a été mené entre les gouvernances du CH du Mans et les CMCM sur plusieurs événements indésirables. Un point de situation mensuelle avec la délégation du Territoire et l'ARS est assuré. Au CMCM, une cellule de gestion des lits est mise en place, composée de 3 professionnels et d'une cadre qui tourne toutes les semaines pour assurer la gestion des lits bi journalière. Le Répertoire national de l'Offre et des Ressources (ROR) est renseigné par l'équipe de gestion des lits. Des médecins du CMCM assurent des consultations avancées dans les autres établissements de la Sarthe pour aider à l'offre de soins : cardiologie, digestif, gastroentérologie, ophtalmologie, orthopédie, urologie. Lors d'un suivi médical sensible, l'équipe médicale de médecine polyvalente propose selon les situations des consultations de suivi à distance de la sortie du patient et en informe le médecin traitant du patient. La téléexpertise est développée notamment pour permettre aux médecins d'avoir des avis des spécialistes tels que la gynécologie, la rhumatologie, la cardiologie et l'endocrinologie. L'établissement participe à la Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS) « Le Mans Agglo » sur le lien ville hôpital et la transmission des informations entre les partenaires de ville et l'adressage. Un professionnel chargé des relations ville/hôpital rencontre chaque semaine les médecins de ville pour les informer/ sensibiliser aux dispositifs d'admissions directes et aux modalités d'avis spécialisés. Ainsi, des rencontres avec les médecins de ville, sage-femmes, kinésithérapeutes et IDE libéraux sont organisées. Un annuaire a été formalisé pour faciliter un lien direct ainsi qu'une ligne dédiée avec serveur interactif pour faciliter les échanges entre professionnels de ville et les équipes médicales. L'établissement travaille avec différents partenaires externes tels que « Noé santé », le PRADO gériatrique, chirurgie cardiaque, la HAD et les sage-femmes libérales. Les usagers et les médecins peuvent joindre aisément l'établissement. Des cartes de visite de chaque service sont éditées et disponibles, ce qui permet de bénéficier d'une ligne dédiée pour joindre les services. Les professionnels de santé, ainsi que les services d'admission et de secrétariats d'urgence, par exemple, ne disposent pas d'une messagerie sécurisée MS Santé nominative pour communiquer avec les patients ou d'autres professionnels. la Direction des Systèmes d'Information (DSI) a précisé qu'un espace permettant d'échanger sera sécurisé et mis en place en 2025 ainsi que la messagerie sécurisée permettant les échanges entre le patient, les professionnels et l'établissement. Les échanges se font principalement par d'autres moyens tels qu'une messagerie « Outlook », le téléphone ou le fax. L'établissement permet le passage évitable des personnes âgées aux urgences par des admissions directes dans les services. Un processus de prise en charge est défini pour que les structures puissent adresser directement les personnes âgées dans les services sans passer par les urgences. Les équipes médicales de médecine se sont organisées pour réaliser des

admissions directes des personnes âgées sans passage aux urgences. L'établissement promeut les travaux de recherche clinique. Un Assistant de Recherche Clinique (ARC) en auto-entrepreneuriat, assure des temps auprès des médecins pour les aider aux projets des travaux de recherche. Le CGS du groupe permet également l'investissement des médecins dans les travaux et de pouvoir assurer un émargement aux systèmes de gestion d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS). L'expression des patients est recueillie au travers de l'enquête e-satis, de la revue des avis « google », la permanence des représentants des usagers (RU) et les questionnaires de satisfaction spécifiques. Un flyer explicatif sur l'enquête e-satis est donné aux patients. 3 questionnaires de satisfaction sont formalisés au regard des spécificités : 1 en néo nat, 1 en psychiatrie, 1 en HDJ post natal. Des enquêtes spécifiques sont également menées en continu décidées en COPIL, au regard des problématiques ou des résultats e-satis. Les enquêtes e-satis sont traitées par l'équipe qualité, au travers d'un logiciel interne du groupe qui permet d'avoir une comparaison entre établissements du groupe, d'extraire le verbatim et les différents résultats tous les semestres. Ces résultats sont envoyés par mail à tous les responsables et médecins qui sont repris lors des réunions de service avec les professionnels de terrain. L'équipe qualité intervient dans les services pour expliciter les résultats. Des actions sont mises en place à la suite des analyses et intégrées dans les PAQSS des services. Un numéro dédié est remis aux patients pour l'hôtellerie ou la restauration si le patient souhaite exprimer un besoin particulier. L'expérience patient est recueillie tout au long du séjour et par les RU qui rencontrent une fois par mois 3 patients, pour recueillir leur ressenti à partir d'un questionnaire réalisé par les RU en concertation avec la gouvernance. Le retour des réponses est réalisé par un compte-rendu transmis à l'équipe qualité et diffusé à la Commission des Usagers (CDU). Une campagne sur l'expérience patient a été menée par le groupe avec une formation en e-learning sur ce sujet, environ 300 professionnels ont été formés à l'expérience patient. Les PROMS sont mis en place par une enquête sur la prise en charge en orthopédie en post opératoire. En urologie une enquête pour les patients qui rentrent au domicile avec leur sonde urinaire est réalisée pour connaître l'impact sur leur qualité de vie. Dans le cadre du parcours RAAC orthopédie, un appel est réalisé à J7 puis à J15 et sur le suivi kinésithérapique. Une analyse des réponses est ensuite menée. Une enquête sur la prise en charge de la douleur à distance est réalisée pour les patients pris en charge dans le cadre de la douleur chronique. 2 programmes d'éducation thérapeutique (ETP) sont en place (diabétologie et cardiologie). Des patients experts de l'association « Diabète » interviennent dans les ateliers du programme ETP. En cardiologie, des patients partenaires interviennent lors des ateliers ETP. Des patients partenaires stomisés interviennent auprès des patients en chirurgie digestive. En maternité des « papa » partenaires interviennent lors d'atelier à destination des papas ou futurs papas pour partager leur expérience. Les équipes ont un positionnement bienveillant et sont formées à la bientraitance, aux techniques de communication comme la gestion de l'agressivité, la communication et à l'identification de la maltraitance et sa déclaration. Une procédure de déclaration de maltraitance est formalisée. Les risques de maltraitance sont identifiés comme le risque lié à la surcharge de travail. Dans chaque service, un accueil pour patient atteint de la maladie Alzheimer est possible. Des formations ont été proposées aux professionnels pour communiquer avec les patients atteints de la maladie Alzheimer. 3 référents bientraitance sont identifiés dans l'établissement dont 1 est titulaire d'un DU bientraitance. Ces professionnels assurent les sensibilisations et formations auprès de leurs pairs. Un travail est réalisé aux urgences et maternité sur la violence faite aux femmes pour leur accompagnement. La bientraitance est gérée par le comité éthique/bientraitance. Une enquête auprès des patients sur la bientraitance a été réalisée par les RU. Depuis janvier 2024, intégration d'une case dans le DPI "situation préoccupante" dont les extractions sont réalisées par les assistantes sociales qui en font l'analyse (4 situations identifiées au 1er semestre 2024). Les détections des violences faites aux femmes peuvent être déclarés à SOS femme 72 (numéro qui est connu des professionnels). Concernant les situations de maltraitance, dans le pôle femme, mère, enfant, les recours pour les déclarations sont connus des professionnels et effectifs : une assistante sociale (70%), une psychologue, la plateforme « enfance en danger » (CH du MANS), et la collaboration avec la PMI, l'ASE, et le CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes). Les plaintes et réclamations sont connues via l'encadrement et transmises lors des réunions de service. Elles sont traitées

selon 2 circuits. Les plaintes sont gérées par l'assistante de Direction, le médecin et le cadre du service du plaignant. Les réclamations sont gérées par la responsable du pôle hôtelier et service relation client. Un registre est tenu à jour. Un bilan est présenté en COPIL Qualité et à la revue de Direction. Les réclamations sont transmises à l'encadrement, une analyse est réalisée, un courrier de réponse est adressé au patient/proches et des plans d'actions sont mis en place. Une sensibilisation des professionnels a été réalisée concernant le passage des informations car les réclamations portaient principalement sur le manque d'information. Si besoin, une médiation est organisée. L'établissement est accessible aux personnes handicapées et/ou à mobilité réduite : accès en fauteuils roulants, ascenseurs qui « annoncent les étages », numéro des chambres en relief et en braille, main courante dans tous les couloirs, liste des interprètes, pictogrammes pour les patients non communicants, bandes au sol ... Un registre d'accessibilité est formalisé. « L'APAVE » a réalisé un bilan initial assorti d'un rapport qui permet de mettre en place les actions. Les professionnels des accueils, des admissions aux urgences ont suivi une formation e-learning pour l'accueil des patients en situation de handicap. Les patients en situation de vulnérabilité sont pris en charge par le service social. En maternité, des staffs médicosociaux se tiennent toutes les semaines avec l'assistance sociale pour analyser les cas de patients vulnérables nécessitant un accompagnement particulier (par exemple, personne en situation de handicap). L'accès au dossier patient est organisé et les délais sont suivis. Les patients peuvent être intégrés dans les essais clinique (880 patients en file active pour l'année 2023). Les représentants des usagers (RU) sont très impliqués et intégrés dans les groupes et instances (CLUD, commission hôtelière, comité éthique ...). Ils disent être force de proposition, entendus et écoutés. Ils expriment que les actions qu'ils préconisent sont mises en place et intégrées dans le PAQSS de l'établissement. Un plan d'action (PAQSS) est spécifique aux RU. Le projet des usagers est formalisé et intégré dans le nouveau projet d'établissement 2024-2027. Ils participent aux recueils de la satisfaction des patients. Ils ont mené une enquête auprès des patients sur la bienveillance. Ils sont partie prenante du comité éthique et dans ce cadre ont participé à la formalisation des procédures sur les pratiques de contention et sur la « désescalade de l'agressivité ». Ils assurent une permanence mensuelle pour rencontrer les usagers qui le souhaitent. Ils souhaiteraient recevoir les réclamations en temps réel au fil de l'eau. Une action est en cours sur ce sujet, pour la mise en place de leur accessibilité à l'intranet de l'établissement. Tous les résultats des différents indicateurs, audits, analyses des événements indésirables et PAQSS sont présentés en CDU. La Gouvernance fonde son management de la qualité par un pilotage permanent et en temps réel par l'équipe qualité, les présidents des instances et groupes de travail et l'encadrement de chaque service. Le Programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) est élaboré par thématique et par service. Chaque instance porte la stratégie d'amélioration et élabore les plans d'actions via les différentes réunions organisées. L'équipe qualité et gestion des risques intervient en fonction des situations et besoins mais les responsables s'appuient principalement sur les cadres des unités pour porter les sujets qualité. Dans les services les structurations sont variables (réunion 1 fois par trimestre au bloc opératoire par exemple, 1/mois pour les services et 1/trimestre pour le biomédical...) mais toujours avec les mêmes objectifs (transmettre des informations générales, reporting par les professionnels des réunions auxquelles ils ont participé et informations ascendantes/descendantes...). Toutes les réunions font l'objet de comptes-rendus accessibles à tous les professionnels (y compris la direction générale). De la même manière, le CODIR produit des supports sous forme de power point, utilisables par les cadres afin de présenter les orientations aux professionnels. Des outils sont disponibles pour manager la qualité : la gestion électronique documentaire, l'intranet accessible uniquement aux professionnels via un code d'accès et mot de passe et des fiches pratiques thématiques produites par le service qualité. Ces fiches sont diffusées toutes les semaines. Les mails professionnels sont également utilisés pour transmettre les informations. Des challenges, quizz et des exercices sur les « incollables » sont également organisés afin de maintenir une dynamique qualité et d'amélioration des pratiques. L'implication est également réalisée auprès des médecins, membres de la commission médicale (CME) où des sujets qualité sont évoqués lors des bureaux mensuels de CME. Une enquête sur la culture sécurité est réalisée avec la participation d'un organisme extérieur. L'analyse permet de proposer un plan d'actions qui est diffusé. Cependant les PAQSS ne sont pas affichés dans les services et ne

sont pas intégrés dans l'intranet. On retrouve une hétérogénéité entre les services sur l'appropriation des plans d'actions à mettre en place. Néanmoins, la majorité des professionnels expriment qu'ils sont force de proposition et qu'ils mettent en place des actions d'amélioration au regard des problématiques relevées mais elles ne sont pas forcément intégrées dans le PAQSS du service. Les professionnels n'ont pas toujours intégré le parallèle entre les actions qu'ils mettent en place dans leurs services et la formalisation de ces actions dans le Programme d'amélioration de la Qualité. La gouvernance a été restructurée au cours de l'année 2024. L'intérim de la Direction des soins est assuré par la directrice adjointe jusqu'à l'arrivée de la Directrice des soins en mai 2025, la directrice des ressources humaines est présente dans l'établissement depuis 3 mois. De nombreux projets sont prévus pour l'année 2025, comme le projet phare : rendre les professionnels de terrain proactifs à la dynamique qualité. Un plan d'action est mis en place pour permettre aux professionnels de s'approprier les actions à mettre en place comme l'intégration des PAQSS dans l'intranet, notes d'informations régulières, et inclusion d'un point qualité systématique dans toutes les réunions de service. Le pilotage des ressources humaines se traduit par des réunions quotidiennes entre la directrice adjointe, la DRH, la cellule de gestion des plannings afin de répondre aux besoins du quotidien. Les réunions permettent d'identifier des problématiques spécifiques et/ou inattendues. Une nouvelle politiques RH est engagée depuis l'arrivée de la DRH avec formalisation de procédures et process notamment sur le volet fidélisation. La gouvernance soutient le travail en équipe. Les professionnels expliquent qu'il y a beaucoup d'entraide et de solidarité entre eux. L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants sont structurés et spécifiques à chaque secteur d'activités afin de permettre d'atteindre les compétences requises à un exercice autonome. Les nouveaux professionnels bénéficient d'une procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux professionnels et des grilles de compétences sont complétées. La durée d'intégration est variable de 3 à 5 jours pouvant aller jusqu'à 8 semaines dans les secteurs critiques. D'autres actions sont engagées pour permettre la fidélisation des professionnels (entretien professionnel annuel, entretien de formation, grilles des compétences...). Une équipe de suppléance composée de 13 IDE et 13 AS permet de répondre aux besoins des services. Un mode dégradé peut être mis en place avec le recours à des vacataires, heures supplémentaires ou intérimaires voire des CDD pour certaines absences longues type congé maternité. A défaut de solution, les capacitaires sont adaptés dans la mesure du possible pour respecter des ratios permettant des prises en soins sécuritaires. Une attention particulière est portée aux professionnels qui présentent des difficultés à leur poste de travail ou qui souhaitent changer de secteur d'activités. Une polyvalence et mutualisation des ressources humaines sont mises en place grâce à la gestion centralisée des plannings. Une enquête d'engagement permettant d'évaluer la satisfaction des professionnels a permis de mettre en lumière une marge d'amélioration sur le volet formation. La direction a engagé un plan de communication sur le calendrier de formation de sorte à ce que chaque professionnel puisse trouver la réponse à un besoin professionnel ou personnel. Un nouveau dispositif est mis en place par la DRH dans le cadre du suivi des stagiaires (vivier potentiel pour des recrutements). Le travail en équipe est engagé au travers d'analyses de pratiques, et l'identification de sujet nécessitant une réflexivité collective. Les situations complexes sont traitées à chaud pour démontrer la prise en considération mais également à froid, à distance de l'évènement, pour permettre la prise de recul suffisante et amener à l'évolution des pratiques. Des réunions en mode « debout » aussi appelées « stand up » sont organisées notamment au sein du service des urgences. Elles ont le mérite de repérer les irritants du quotidien, de trouver les ressources pour les lever et de circonscrire le temps dans un service ou l'activité est très variable. D'autres actions ont été mises en place mais nécessitent d'être consolidées de sorte à ce qu'elles deviennent inscrites dans les organisations et qu'elles trouvent leurs places en faveur du travail en équipe exemple « Proximelsan » du groupe. En cas de difficultés, les professionnels expliquent qu'ils peuvent les exposer lors de réunions avec la psychologue et leur encadrement. Un dispositif externe (numéro dédié d'écoute) existe, mais est peu connu des professionnels. Ils expliquent que les dispositifs d'aide organisés en intra établissement sont suffisants et opérationnels et expriment ne pas avoir besoin du dispositif externe. Le comité éthique est connu des professionnels. Il dispose d'une adresse mail pour signaler des situations qui nécessitent d'organiser des temps de travail notamment au travers de sous-groupes impliquant différents professionnels. Un référent éthique est identifié et connu des

professionnels. En cas de situation particulière (par exemple contention, refus de soins), les professionnels de santé ont recours au comité d'éthique qu'ils peuvent joindre facilement. Des actions en faveur de la qualité de vie au travail (QVT) sont mises en place tout comme des actions en faveur du soutien des professionnels. Des réunions d'encadrement sont organisées par la direction des soins afin de proposer des espaces d'échanges avec des temps formels ainsi que des temps informels. Les managers sont accompagnés au quotidien. Des formations managériales sont proposées aux cadres (conduite de l'entretien professionnel annuel, rôle du manager...). Des formations diplômantes (master) leurs sont également proposées. Les directeurs nouvellement arrivés bénéficient de coaching. Des points sont réalisés avec les responsables médicaux afin de traiter des problématiques particulières. La politique qualité de vie au travail s'appuie sur 4 leviers : adéquation des ressources, santé au travail notamment par rapport aux métiers à risques (rayonnement...), entretien professionnel annuel et l'entretien de formation, formations, écoute, présence de l'encadrement. Des actions ponctuelles sont déclenchées telle que la semaine QVT avec des séries de temps dédiés à différentes activités, par exemple : massage, sophrologie, self-défense, yoga, paniers de légumes, le grand petit-déjeuner du jeudi... D'autres actions ponctuelles (quizz interconnaissances/inter services, informations sur l'actualité des services avec des lots à gagner telles que des places au Parc Disneyland...). La proposition de sessions de « vis ma vie » qui permet d'observer les pratiques et recueillir les éléments en faveur de la qualité de vie au travail est prévue en 2025. La gestion des tensions hospitalières et situations exceptionnelles est maîtrisée. Le Plan blanc est formalisé au regard des risques identifiés. Des exercices sont réalisés chaque année sur la cellule de crise, bilan capacitaire et test SIVIC. Un bilan est réalisé à la fin de chaque année et intégré à la fin du plan blanc. Des aménagements permettant la mise en isolement en cas de risque de transmissions des agents infectieux sont en place. Une épidémie de BHRé a permis de vérifier l'opérationnalité du dispositif et un RETEX a été réalisé. Une cellule de régulation des lits se réunit chaque jour pour faire le point sur la disponibilité des lits et identifier les futurs points de tension. Cette gestion centralisée permet d'informer en temps réel les médecins spécialistes, les médecins de médecine polyvalente sur les lits disponibles pour répondre aux demandes d'admission directes. Elle informe le service des urgences pour répondre aux besoins d'hospitalisation en urgence et ainsi fluidifier au mieux les parcours des patients fragiles. Elle informe également quotidiennement les autres établissements du Territoire sur ses capacités d'accueil. Le plan de sécurisation est formalisé. Des coffres ou armoires à clés sont mis en place dans chaque chambre pour garantir la sécurité des biens des patients. Une convention avec les forces de police est passée. Le risque d'intrusion est géré, les accès sont sécurisés : fermeture des accès la nuit et vidéo surveillance. Un PC sécurité est en place 24h/24. Les mesures de prévention pour les agressions sont formalisées et des matériels mis à disposition comme les boutons d'appel et les mesures de confinement formalisées. En janvier 2025, un groupe de travail doit se mettre en place pour travailler avec les professionnels sur leur sécurisation. Un appel à candidature a d'ores et déjà été lancé. La procédure « fugue » est formalisée et connue des professionnels. L'établissement s'engage dans une politique de développement durable (DD) à travers des actions en matière de respect de l'environnement. Un comité RSE (Responsabilité Sociétale des Entreprises) se réunit annuellement pour faire le point sur les projets validés de l'année en cours et valider les projets de l'année suivante. Un référent DD est désigné. Le diagnostic des consommations est réalisé et l'établissement est doté d'un logiciel de pilotage du groupe pour le pilotage de l'Energie et le suivi des indicateurs. Les opérations avec le certificat économie d'énergie ont été réalisées. Les professionnels et les usagers sont sensibilisés aux écogestes. Des stickers sont apposés sur les différents points de lumière et eau. Une News Letter « dépêche verte » trimestrielle est diffusée auprès des professionnels. La gestion des déchets est organisée ainsi que le tri. Néanmoins, dans un local à déchet, un carton contenant des déchets septiques (DASRI) posé au sol n'était pas fermé et débordait. L'établissement a immédiatement diligenté l'EOH pour réaliser un rappel des bonnes pratiques aux professionnels. La prise en charge des urgences vitales (UV) est organisée. Matériel à disposition des équipes, évalué, vérifié, adapté aux profils des patients accueillis et traçabilité des vérifications effectives. Un numéro unique d'appel est connu de tous les professionnels. Les professionnels sont formés à l'AFGSU et des exercices de simulation sont réalisés dans tous les services. Des RETEX post urgences vitales

sont réalisés pour débriefer sur leur gestion et mettre en place des actions correctives si besoin. La gestion du PAQSS est dynamique. Il est renseigné au fil de l'eau et alimenté par les responsables de chaque service ou instances. Une application partagée permet l'alimentation des PAQSS. Le PAQSS est validé en CME et présenté en CDU. Un point annuel est réalisé sur l'ensemble des résultats des analyses de pratiques pour fixer les orientations stratégiques pour l'année à venir. Un Copil qualité réunissant la directrice, les responsables qualité, le CGRAS, les présidents des commissions et les cadres se réunit tous les trimestres. Le recueil des indicateurs nationaux est réalisé par l'équipe qualité pour la lettre de liaison et pour les soins avec les professionnels. Les résultats de tous les indicateurs internes et nationaux sont colligés sur une fiche indicateurs qui est affichée dans les services et mise à disposition dans l'intranet pour les professionnels. Ils sont présentés à toutes les instances, en CME et CDU. Les plans d'actions issus des résultats des indicateurs sont intégrés dans le PAQSS. L'analyse des fiches de déclaration des événements indésirables (FEI) est structurée par la gouvernance. Un CREX en réunion plénière a lieu 2 fois dans l'année et permet de formaliser le suivi des actions et d'en évaluer leur efficacité. Le déclenchement des analyses est réalisé au regard de la criticité, soit la récurrence ou soit la gravité. Les presque-accidents récurrents, et les EI à criticité sévère sont analysés en CREX selon la méthode ALARM. L'analyse en CREX peut être également demandée par les cadres des services des professionnels déclarants. Si cela concerne les soins ou la comorbidité ce sont des RMM. Un message est envoyé tous les mois aux médecins pour les solliciter sur des sujets de RMM à traiter. Le médecin CGRAS est la présidente des RMM. L'annonce d'un dommage lié aux soins est réalisée et tracée dans le DPI et sur la fiche d'analyse. Des analyses de scénario sont réalisées au regard des flash sécurité de la HAS en équipe pluridisciplinaire pour permettre d'identifier ce qui fonctionne bien, et quelles sont les barrières mises en place pour éviter l'EIG. Ces analyses de scénarios sont très appréciées par les professionnels. Tous les gynécologues sont accrédités et au moins un praticien dans chaque secteur à risque est accrédité. La CME suit le dispositif d'accréditation. L'accréditation en équipe des médecins anesthésistes est en cours et un projet est prévu pour les orthopédistes. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Pérenniser la sécurisation du stockage des médicaments à risque. Perfectionner la gestion des périmés. Systématiser la réalisation du bilan thérapeutique. S'assurer de l'appropriation de la démarche qualité par toutes les équipes.

# 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	720000637	S.A. CLINIQUE DU TERTRE ROUGE	62 RUE DE GUETTELOUP 72100 LE MANS FRANCE
Établissement géographique	720000231	CLINIQUE DU TERTRE ROUGE - POLE SANTE SUD	62 rue de guetteloup 72100 Le Mans FRANCE
Établissement juridique	720000561	CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DU MANS	28 RUE DE GUETTELOUP 72016 LE MANS Cedex 2 FRANCE
Établissement principal	720017748	CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DU MANS - POLE SANTE SUD	28 rue guetteloup 72016 LE MANS Cedex 2 FRANCE

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

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Audit système	Entretien Professionnel		
8	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
9	Audit système	Maitrise des risques		
10	Audit système	Dynamique d'amélioration		
11	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
12	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
15	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Hospitalisation complète Adulte Enfant et adolescent Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
17	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
20	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
21	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
22	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
23	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
24	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
25	Audit système	Coordination territoriale		
26	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
27	Audit système	Leadership		
28	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
29	Audit système	Représentants des usagers		
30	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
32	Audit système	Entretien Professionnel		

33	Audit système	Entretien Professionnel		
34	Audit système	Entretien Professionnel		
35	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système	Engagement patient		
39	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Chirurgie et interventionnel	

40	traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
43	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
44	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
45	Audit système	Risques numériques – Professionnels		
46	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
47	Audit système	Entretien Professionnel		
	Parcours		Chirurgie et interventionnel	

48	traceur		Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
49	Parcours traceur		Psychiatrie et santé mentale Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
50	Parcours traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
51	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
52	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

53	Audit système	Risques numériques – Gouvernance		
54	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
55	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os ou injectable
56	Audit système	Entretien Professionnel		
57	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Urgences Tout l'établissement	
58	Audit système	QVT & Travail en équipe		
59	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

60	Audit système	Entretien Professionnel		
61	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	

---

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

---

