



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAL INTERCOMMUNAL SEVRE ET LOIRE

1 allée Alphonse Fillion
Bp 2222
44122 VERTOU



Validé par la HAS en Novembre 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 – Novembre 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	26

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 avec mention.

Présentation

HOPITAL INTERCOMMUNAL SEVRE ET LOIRE	
Adresse	1 allée alphonse fillion Bp 2222 44122 VERTOU FRANCE
Département / Région	Loire-Atlantique / 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	440042141	CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE	1 allée alphonse fillion les clouzeaux 44120 VERTOU FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

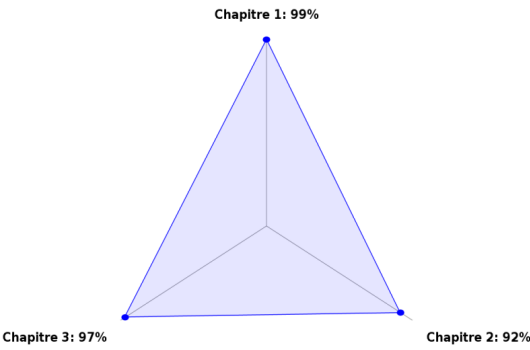
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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 de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

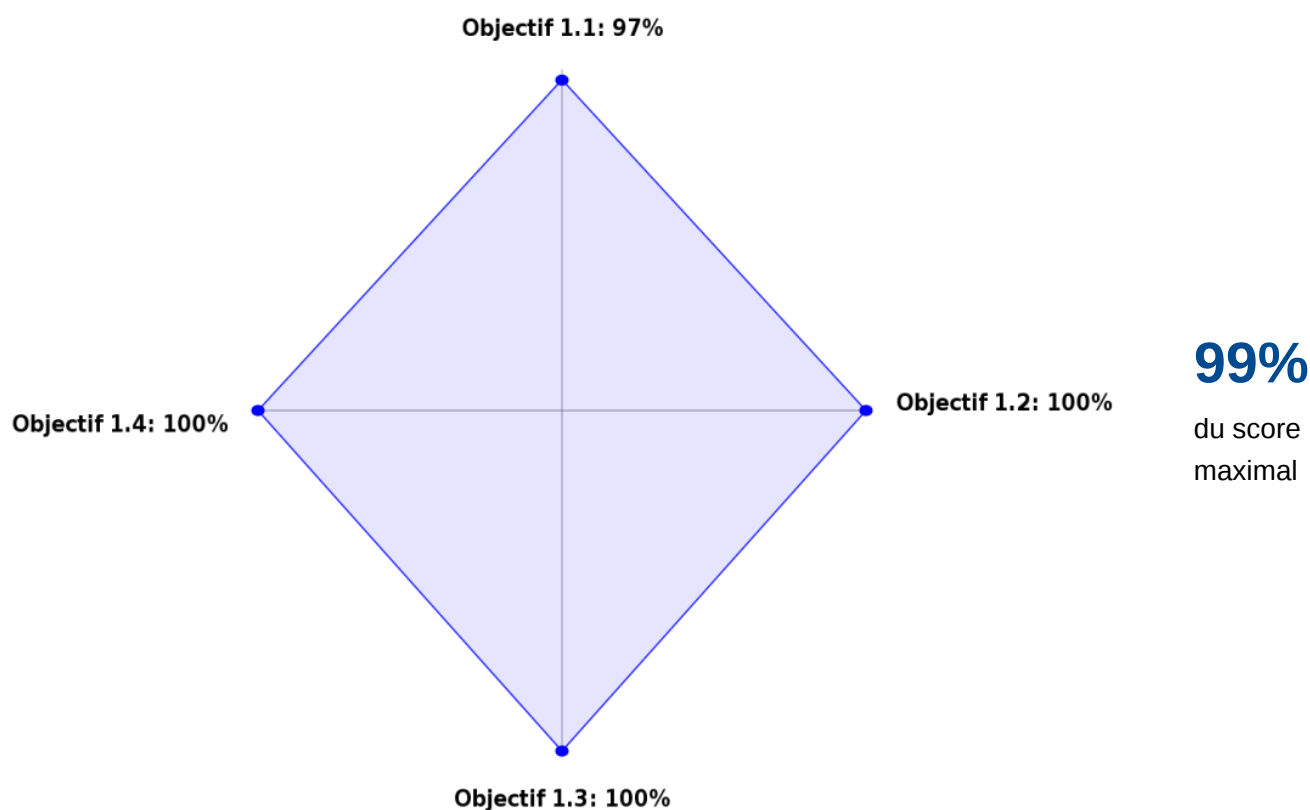
Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

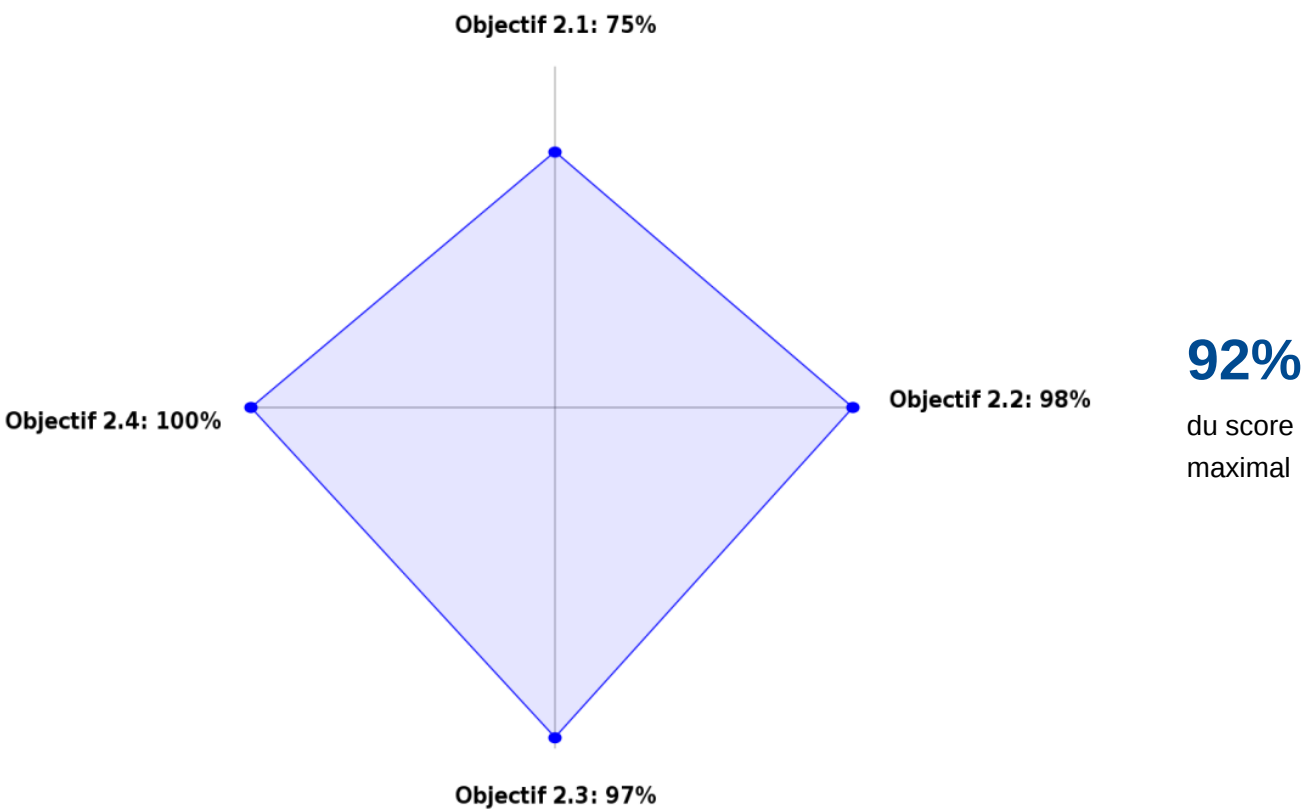


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Le Centre Hospitalier SEVRE et LOIRE (CHSL) est composé de 2 sites situés à Vertou et à Le Loroux-Bottereau. L'établissement prend en charge principalement des personnes âgées excepté en addictologie. Il dispose de lits de médecine, de SMR et d'USLD. Il a par ailleurs une activité d'EHPAD. Le patient bénéficie au plus tôt de son hospitalisation d'une rencontre avec le médecin afin de connaître les motifs de son hospitalisation, ainsi que les objectifs du séjour. Le patient est ainsi impliqué dans son projet de soins et consent aux différentes orientations thérapeutiques proposés. Ce consentement fait l'objet d'une traçabilité au sein du dossier patient. Le patient est informé dès son arrivée de ses droits. Il bénéficie d'un livret d'accueil complet, disponible s'il le souhaite en amont de son hospitalisation sur le site internet de l'établissement. Les professionnels accompagnent le patient à la compréhension des informations incluses dans ce livret. Ainsi, les

patients se sont approprié la notion de personne de confiance (formulaire systématiquement complété et intégré au dossier patient informatisé). Le patient est informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées. Un document est présent dans le livret d'accueil et l'information donnée est tracée dans le dossier. Si les directives sont rédigées, elles sont annexées au dossier patient. Les patients bénéficient de plus, de nombreux messages de promotion de la santé, à travers des affichages et la mise à disposition de flyers à différents endroits de l'établissement. Les patients sont informés sur la possibilité de solliciter les représentants des usagers, les coordonnées de ces derniers sont affichées et un trombinoscope complète cette information. Les patients peuvent s'exprimer sur leur ressenti de leur séjour au travers de questionnaires de satisfaction, mais aussi grâce aux rencontres avec les représentants des usagers lors des permanences. Ils peuvent exprimer une plainte ou une réclamation écrite ou orale, mais l'appropriation de la notion de déclaration d'événement indésirable est plus difficile, malgré la communication de l'établissement, y compris sur son site internet concernant les déclarations possibles en externe. Malgré la volonté de l'établissement de sensibiliser les patients à la messagerie sécurisée de santé, au DMP, à mon espace santé, les patients ne se sont pas approprié ces outils informatiques. Les locaux des 2 sites d'hospitalisation disposent de nombreuses chambres seules, les locaux sont spacieux et bien entretenus. Combiné à cet environnement, les pratiques des professionnels garantissent le respect et l'intimité des patients. D'autre part, dans tous les lieux, la confidentialité est assurée. En USLD, à la suite d'une réflexion bénéfice-risque, en accord avec les familles et les patients, le nom du patient peut être visible sur la porte de chambre. Tout au long du séjour le maintien et l'amélioration de l'autonomie est favorisée. Dès l'arrivée, l'ergothérapeute peut intervenir pour prodiguer des conseils sur l'installation du patient et apporter des aides techniques. Le risque de chute est estimé avec la possibilité de participer à des ateliers d'équilibre. De même, avant la sortie, une estimation des besoins en aides techniques et ressources humaines est effectuée pour optimiser le retour à domicile par l'équipe. Si nécessaire une visite à domicile peut être organisée avec le patient, ses proches, l'ergothérapeute et l'assistante sociale. Des alternatives à l'utilisation des contentions mécaniques sont mises en œuvre. Lors du recours aux contentions, la traçabilité est assurée dans le dossier patient informatisé de la prescription à la surveillance, incluant l'information du patient ou de sa famille. La gestion de la douleur suit un protocole : le patient est interrogé sur son niveau de douleur à son arrivée et régulièrement ensuite. Si besoin, des traitements médicamenteux ou non-médicamenteux sont administrés. La douleur est réévaluée après la prise d'antalgiques pour vérifier leur efficacité. Pour les prescriptions conditionnelles « si besoin », une échelle validée mesure la douleur. À tout moment de la prise en soins, les proches peuvent être associés au projet de soins avec l'accord du patient. En particulier dans les moments de fin de vie, les familles bénéficient de la possibilité de se restaurer et/ou de rester sur place (lit accompagnant). Des salons des familles sont mis à disposition autant que de besoin. La préparation de la sortie fait l'objet d'une attention particulière au plus tôt du séjour grâce à l'intervention des assistants sociaux et ergothérapeute. Si nécessaire, les proches bénéficient d'informations et d'éducation pour les aides techniques et humaines qu'ils peuvent assurer.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



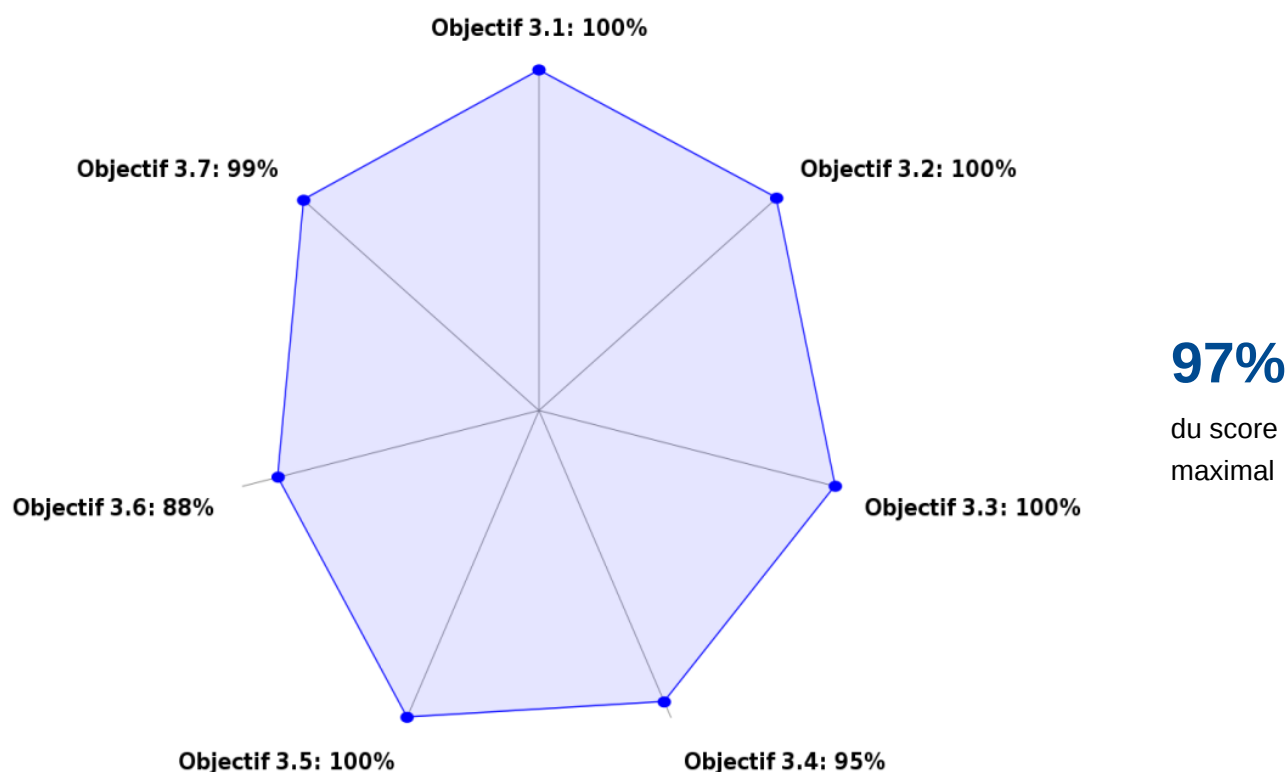
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	75%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	100%

Les demandes d'admission dans les différents services sont étudiées par le médecin en collaboration avec le cadre de santé au fil de l'eau. Le logiciel Trajectoire est systématiquement utilisé pour le SMR. Pour les entrées en USLD une commission a lieu chaque jeudi. La pertinence des admissions est ainsi évaluée en équipe pluridisciplinaire. Pour les différentes modalités de prise en soins, les équipes médicales et paramédicales peuvent s'appuyer sur une gestion documentaire disponible sur le réseau de l'établissement. Dans le cadre de prise en charge nécessitant l'avis de spécialistes, les équipes ont recours aux établissements voisins (CHU Nantes par exemple). L'utilisation de la téléexpertise est favorisée sur le site de Vertou en particulier. Des équipes mobiles internes ou externes peuvent être mobilisées si nécessaire comme l'équipe de soins spécialisés en cardiologie, l'équipe de soins palliatifs COMPAS, l'équipe de liaison psychiatrique... Certains

professionnels en interne sont spécifiquement formés pour apporter leur expertise dans les différents services (plaies et cicatrisation, soins palliatifs par exemple). Le profil des patients hospitalisés en SMR et en Médecine ne requiert que rarement un accompagnement en HAD. Pour autant, il n'existe pas à ce jour d'analyse partagée a posteriori de la pertinence des orientations HAD. Lors du recours à l'antibiothérapie, les médecins peuvent s'appuyer sur un référent infectiologue du CHU de Nantes ou bien sur le référent antibiothérapie en interne. Ils disposent de recommandations de bonnes pratiques accessibles dans la gestion documentaire ou sur un site dédié. Un praticien dispose d'un Diplôme Universitaire en thérapies infectieuses. Cependant, l'ensemble des praticiens n'est pas formé régulièrement à l'utilisation des antibiotiques. Si la prescription est systématiquement justifiée, la réévaluation à 24h à 72h n'a fait pas l'objet d'un audit depuis 2020 et ne permet pas de s'assurer qu'elle est systématique. La gestion des PSL est conforme aux recommandations. Le patient est informé et un flyer explicatif lui est fourni reprenant les éventuels risques. La pertinence de la transfusion est argumentée ainsi que l'analyse bénéfice/risque. Les professionnels sont formés y compris à la gestion des complications. Le dossier transfusionnel est complet avec la traçabilité de la prescription, du bilan biologique, de la distribution, du transport de la réception et de la surveillance pendant et après l'acte. Le taux de destruction (très faible) est suivi. Les professionnels sont formés. Une évaluation des pratiques professionnelles annuelle est réalisée. L'utilisation du dossier patient informatisé est maîtrisée par les différents professionnels ce qui permet de retrouver l'ensemble des transmissions médicales et paramédicales. Les objectifs du projet de soins et sa réévaluation y sont retrouvés grâce à la traçabilité réalisée lors des différents staffs pluridisciplinaires des unités, ainsi que la notion de refus de soin du patient le cas échéant. D'autre part, l'accès au DMP est possible depuis le logiciel dossier patient. L'établissement dispose de lits dédiés en soins palliatifs. Les professionnels s'appuient sur l'équipe mobile COMPAS, ainsi que sur l'infirmière « soins palliatifs » dédiée à 30 % pour la mise en œuvre d'une démarche palliative en cohérence avec les besoins des patients. Les équipes bénéficient par ailleurs d'un soutien et d'un accompagnement psychologique lors de la mobilisation de ces experts, ou lors des staffs du jeudi matin si nécessaire. L'ensemble des éléments de la prise en soins incluant le bilan thérapeutique est tracée dans le courrier de liaison remis au patient dès sa sortie. Un compte rendu d'hospitalisation est ensuite adressé aux médecins traitants, l'utilisation de la messagerie sécurisée de santé est privilégiée pour cet envoi. Les professionnels paramédicaux rédigent par ailleurs une fiche de liaison en tant que de besoin. Les équipes sont sensibilisées à l'identivigilance qui est mise en œuvre dans les différents secteurs selon le profil du patient (bracelet ou photo). Une attention particulière est portée en cas d'homonymie avec la mise en place d'un logo. L'identité est qualifiée en direct dès l'admission du patient. L'ensemble des vigilances est connu des professionnels, comprenant les personnes en charge de ces vigilances ainsi que les circuits de signalement ascendant ou descendant. La prise en charge médicamenteuse est sécurisée de la prescription qui est informatisée à l'administration. Les conditions de dispensation et de stockage sont conformes. La dispensation nominative est hebdomadaire et globalisée. L'analyse pharmaceutique est réalisée sur l'ensemble des lignes de prescriptions pour le service de médecine et les unités de SMR mais est partielle pour l'USLD. Les pharmaciens assurent une conciliation médicamenteuse d'entrée proactive en particulier pour les patients de médecine et du SMR. Les professionnels disposent d'une dotation pour besoins urgents réalisée en concertation avec leurs besoins. La préparation des traitements est réalisée dans une salle identifiée et sécurisée, par un infirmier dédié. L'ensemble des traitements y compris injectables sont identifiables jusqu'à l'administration au patient. Il persiste néanmoins un défaut d'identification du patient lors de la préparation des héparines de bas poids moléculaire, l'identité du patient n'est pas retrouvée sur l'injectable, mais il est indiqué le numéro de la chambre. La traçabilité de l'administration ou de la non-administration est réalisée en temps réel. Les médicaments à risque sont connus des professionnels médicaux et paramédicaux. Des listes personnalisées par unité sont disponibles dans les salles de soins et permettent un rappel des éléments de surveillance. Les professionnels ont été formés et sensibilisés à l'utilisation de ces médicaments. Les différentes molécules sont identifiées comme médicament à risque par le biais d'un logo et d'un sachet rouge qui est retrouvé de la dispensation à l'administration dans le pilulier du patient. Le risque infectieux est maîtrisé au sein de l'établissement. L'ensemble des professionnels est

sensibilisé aux précautions standards et en particulier à l'hygiène des mains. Une équipe opérationnelle d'hygiène composée d'un temps cadre et de temps infirmier spécifiquement formés accompagnent les équipes dans la mise en œuvre des recommandations. Les indicateurs de consommations de solution hydro-alcooliques sont suivis et des réflexions sont menées pour améliorer ces consommations. Des référents hygiène dans les unités assurent le relai de l'information ascendante et descendante. Les précautions complémentaires font l'objet d'une prescription médicale et leurs mises en place est systématiquement accompagnées par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les professionnels disposent de protocoles et procédures en matière d'hygiène, comprenant l'utilisation des dispositifs invasifs tels que sondage urinaire ou perfusion. Des audits sur les bonnes pratiques sont réalisés. Pour autant, il n'existe pas de formation spécifique à l'utilisation de ces dispositifs invasifs. La vaccination des professionnels est promue et facilitée au sein de l'établissement. Le recours à l'imagerie et aux examens de biologie est facilité par la mise en œuvre de conventions avec des partenaires extérieurs et les résultats sont disponibles en temps utiles. Le transport intrahospitalier est réalisé par les professionnels des unités qui selon le profil du patient l'accompagnent sur le plateau de rééducation, ou le laisse en autonomie. Pour leurs pratiques professionnelles, les soignants disposent d'une gestion documentaire accessible. Ces documents font l'objet de mises à jour par les groupes de travail thématiques. Les nouvelles recommandations sont transmises aux équipes par les animateurs de processus qui ont la charge de la veille documentaire. Les équipes ont connaissance des évaluations des pratiques professionnelles et des actions d'amélioration qui sont mises en œuvre au niveau institutionnel et transversal sur des thématiques tels que la douleur, la transfusion, les infections urinaires, la pertinence de l'antibiothérapie par exemple. Les résultats des questionnaires de sortie et de satisfaction sont partagés en équipe lors des staffs qualité et donnent lieu à la mise en œuvre d'actions concrètes comme l'exemple souvent cité de la distribution d'un café en fin de déjeuner à la demande des patients. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis, et des actions d'améliorations sont mises en place en cas de score insatisfaisant. L'établissement suit d'autres indicateurs dont le taux de ré-hospitalisation par exemple. Certains indicateurs spécifiques à une activité ou à la pertinence des admissions par exemple ne servent pas encore l'établissement dans sa stratégie pour l'amélioration des conditions de prise en soins. Les indicateurs qualité sécurité des soins transversaux et institutionnels sont connus des professionnels. Les événements indésirables sont déclarés via un logiciel dédié, bien approprié des professionnels. La charte de confiance et d'incitation à la déclaration d'un événement indésirable incite à la déclaration des événements y compris les presque incidents. Les professionnels rencontrés se sont saisis de cette démarche pour sécuriser leurs pratiques professionnelles, en particulier grâce à la mise en place d'un comité de retour d'expérience institutionnel en décembre 2024. L'analyse approfondie de certaines erreurs, par exemple en lien avec l'administration médicamenteuse a permis la réorganisation de la préparation des traitements. Les représentants des usagers sont associés à ce comité de retour d'expérience, et les résultats et plan d'actions sont partagés sur le logiciel qualité dédié avec une communication ludique et pédagogique. Les staffs qualité des unités sont par ailleurs le moment privilégié pour échanger en équipe sur les événements indésirables.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	95%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	88%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	99%

Le CHSL est établissement partie du groupement Hospitalier de Loire Atlantique dont le CHU de Nantes est l'établissement support. Le CHSL, labellisé hôpital de proximité pour le site de Vertou, s'inscrit dans un maillage territorial au regard des différentes conventions qu'il a contractualisées avec les établissements environnants. Établissement de recours reconnu pour l'aval des services d'urgence, et aussi pour son parcours

médecine, addictologie et SMR, les admissions des patients sont facilitées, particulièrement pour les personnes âgées. Deux tiers des admissions sont des admissions en direct du domicile. En effet, en lien avec le travail en partenariat avec les 2 CPTS de son territoire, et donc avec les médecins libéraux, une convention de parcours ville-hôpital permet les hospitalisations programmées à moins de 48h pour les patients de plus de 75 ans. De plus, engagé dans un appel à projet de l'ARS, le CHSL est porteur d'une des trois équipes mobiles du département (EAAR : équipe d'appui en adaptation et en réadaptation) pour favoriser le maintien au domicile, et l'évaluation des fragilités du patient de plus de 60 ans. L'établissement est facilement joignable par un standard unique en journée, reporté sur l'infirmière de médecine la nuit et les week-ends. Les proches, les patients et les médecins de ville disposent de numéros d'appel direct dans les services ou auprès du secrétariat médical. En particulier les médecins et les secrétariats utilisent la messagerie sécurisée de santé. La gouvernance promeut la recherche clinique ; à ce jour aucun praticien ou paramédical ne souhaite s'engager dans ce type de travaux. À la suite des précédentes visites de certification, la direction des soins et la direction de la relation des usagers se sont engagées dans la structuration du recueil de l'expérience patient avec l'appui de la structure régionale à la qualité. Ainsi, malgré le peu de réponses au recueil e-satis, ce dispositif reste promu en interne, y compris sur les phases expérimentales. Il est complété par des questionnaires de sortie, et d'un questionnaire de séjour pour l'USLD. Les représentants des usagers apportent leur contribution pour le recueil des réponses, et la proposition d'actions d'amélioration. Un focus groupe a été mis en place, favorisant ainsi l'écoute au cours du séjour. Des questionnaires spécifiques notamment au niveau du confort hôtelier, de la restauration et de la prestation de rééducation sont mis en œuvre. Les professionnels avec l'aide de la gouvernance se saisissent des résultats et remarques des patients pour proposer des améliorations. Recevant peu de plaintes écrites, un recueil des plaintes et réclamations orales a été mis en place, et complète le dispositif. Les professionnels bénéficient de formation à la communication, en particulier au regard de la population accueillie, sur des thématiques comme la maladie d'Alzheimer, la gestion de l'agressivité et de la violence. Chaque programme pédagogique de formation comporte une partie sur les modalités de communication. La bientraitance est promue par la gouvernance avec la mise en place de référents bientraitance et éthique. Une charte de bientraitance est mise à disposition des professionnels et des usagers et des sensibilisations sont réalisées en réunion de service par exemple. L'architecture des bâtiments ainsi que les pratiques des professionnels, complétées par du matériel adapté permettent de veiller à ce respect. Une attention particulière est portée pour que les patients soient habillés la journée lorsque cela est adapté. Les soignants ont participé à des jeux permettant de repérer les différentes situations de maltraitance institutionnelle ou ordinaire. Les maltraitances externes sont repérées par les soignants qui font appel aux assistants sociaux si besoin en charge de la déclaration des informations préoccupantes ou de la relation au juge des tutelles. Des procédures complètent le dispositif. L'établissement est accessible pour les personnes en situation de handicap et chaque année une revue de l'accessibilité est réalisée avec les services techniques pour apporter des améliorations éventuelles. L'accès au dossier est organisé, connu et suivi même si peu de demandes sont recensées chaque année. L'établissement a connaissance des centres de ressources rares même si peu de patients le nécessitent. Les représentants des usagers sont particulièrement impliqués au sein des différentes instances, la commission des usagers, mais aussi dans les groupes thématiques comme sur la bientraitance. Ils réalisent des permanences au sein des 2 sites, et l'organisation de journée des usagers leur permette de s'impliquer dans un thème en particulier, comme l'addictologie ou la cancérologie à venir. Depuis janvier 2024, en lien avec la mise en place d'un nouveau président de CME et avec l'aide de la structure régionale d'appui à la qualité, une nouvelle dynamique autour de la démarche qualité a été mise en œuvre. Structurée autour d'instances dédiées, et notamment le COPIL qualité auquel participent les représentants des usagers, les axes de la politique ont été redéfinis. La mise en œuvre de cette démarche qualité est relayée auprès des professionnels par le binôme cadre et chef de service. Un temps institutionnel de staff qualité est mis en place dans chaque unité et permet la communication ascendante et descendante sur les différentes thématiques qualité sécurité des soins. Les indicateurs et résultats d'audits sont par ailleurs partagés aux équipes. L'équipe qualité a été renforcée par une assistante qualité permettant la mise en place d'une

communication ludique et pédagogique auprès des équipes, facilitant l'appropriation. Chaque professionnel est identifié comme référent d'un groupe de travail. Un binôme cadre et médecin est nommé animateur de processus, assurant ainsi des revues régulières. Des actions de sensibilisation à la démarche qualité sont réalisées lors de la semaine sécurité patient par exemple. Un plan d'action qualité sécurité des soins permet de suivre la démarche, ainsi que des plans d'actions par thématique en lien avec les groupes de travail. Ces derniers sont disponibles sur le logiciel qualité et à terme l'ensemble du PAQSS sera mis à disposition des professionnels. Une évaluation de la culture qualité sécurité des soins a été réalisée. L'établissement dispose de ressources humaines en adéquation avec ses activités de médecine, SMR et USLD. Ces maquettes organisationnelles ont été travaillées par la DRH et la DSI. Des équipes pluridisciplinaires ainsi que des professionnels support sont présents. Des solutions sont mises en œuvre lors des situations d'absentéisme, par le recours à l'équipe de suppléance, aux heures supplémentaires, à l'intérim, voire à la fermeture provisoire de lits si nécessaire. Des entretiens de formation et entretiens annuels sont mis en œuvre permettant notamment de repérer les besoins en formation soit à titre individuel soit pour un projet de service. L'accueil du nouvel arrivant est organisé et fonctionnel. Une attention particulière est portée à la mobilité interne pour assurer des cohérences d'équipe. Le travail en équipe est une valeur impulsée par la gouvernance. Les binômes chef de service et cadres de santé ont bénéficié d'une formation spécifique. La mise en place des COPS (communauté de pratiques pour les binômes cadre/chef de service) ainsi que les temps dédiés pour les professionnels en lien avec les staffs qualité, les réunions de services favorisent la communication et la coopération au sein des équipes. Des actions ludiques, sous forme de challenge sont aussi mises en place en ce sens (calendrier de l'avent, escape games...). Les équipes de nuit sont soutenues par un cadre de santé, mi-jour mi-nuit qui relaye les informations et leur permet de s'inscrire dans des groupes de travail. Les cadres de santé bénéficient chaque mois d'un temps de partage individuel avec la direction des soins, et des coachings peuvent être proposés. La démarche éthique est en cours de structuration par le biais de 2 animateurs identifiés, un médecin et un cadre de santé formé à la réflexion éthique. Par le biais du logiciel qualité, les professionnels peuvent interpeller ces animateurs sur des situations ou des questionnements éthiques spécifiques. Les représentants des usagers sont associés au groupe de travail Bienveillance-éthique. Les professionnels témoignent de la possibilité de traiter d'une question éthique individuelle lors des staffs et connaissent la possibilité de recours à l'espace de réflexion éthique régionale. En lien avec l'absence d'un des pilotes, les groupes de réflexion éthiques ne sont pas mis en œuvre. La politique qualité de vie au travail a été construite à partir des remontées des différentes instances médicale (CME) et paramédicales (FSSCT, CSE, ...) en lien avec les partenaires sociaux. Une enquête à posteriori a été effectuée avec un taux de retour assez faible de 16 %. Un plan d'actions a toutefois été réaffiné suite à cette enquête. Le CHSL s'engage dans les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) permettant le financement d'actions spécifiques autour de matériel, de formation ou d'aménagement du self. Au regard de la taille humaine de l'établissement, les professionnels témoignent d'un accès facile à la hiérarchie en cas de difficultés ou de conflits entre professionnels. Des ressources de psychologue peuvent être mises à disposition, et les soignants connaissent la possibilité qu'un médiateur ARS puisse être saisi si nécessaire. L'établissement a élaboré et mis à jour son plan de gestion des tensions sanitaires exceptionnelles en lien avec les risques identifiés et son identification comme établissement de 3ème ligne en cas de mobilisation. La cellule de crise y est décrite et a été sollicitée à plusieurs reprises dans le cadre du volet épi-clim par exemple. Des minis-retex sont alors réalisés permettant d'améliorer la mobilisation de cette cellule. Pour autant, malgré leur volonté de s'inscrire dans un exercice départemental, il n'existe pas d'exercices réguliers sur tout ou partie du plan blanc. Les professionnels en ont connaissance, mais l'absence d'exercice ne leur permet de s'approprier leurs rôles. Un référent médical SSE est identifié et travaille en collaboration avec le GHT pour l'effectivité des attendus. L'établissement dispose de matériel adapté et vérifié pour le volet épidémique, le plus à risque d'être mobilisé au sein de la structure. Le plan de sécurisation de l'établissement a fait l'objet d'un document spécifique, le risque d'intrusion a été sécurisé par des accès réglementés permettant de respecter la liberté d'aller et venir des patients. Une collaboration est de plus possible avec la gendarmerie autant que de besoin. Un référent

développement durable est identifié et bénéficie d'une lettre de missions. Au regard des diagnostics en consommation d'énergie et à la suite d'une enquête auprès des professionnels concernant le développement durable, un plan d'actions a été déterminé, privilégiant les réductions énergétiques, ainsi qu'un tri des déchets plus pertinent, l'établissement étant pilote pour le GHT dans le tri des biodéchets. La réduction du gaspillage alimentaire, en collaboration avec les représentants des usagers fait partie des axes de ce plan d'action ainsi que la diminution des impressions papiers. Des actions de sensibilisation sont mises en place, comme l'information sur l'empreinte carbone par impression, ou 2 journées prévues en octobre concernant le tri des déchets. Les professionnels bénéficient de matériel et de formations adaptées pour la prise en charge des urgences vitales. Des chariots d'urgence et des défibrillateurs sont disponibles et accessibles rapidement. Un numéro d'appel unique par site permet de joindre directement le médecin d'astreinte ou le SAMU selon les horaires. Des exercices de simulation ont été mis en place avec l'aide du Centre Hospitalier de Cholet. A chaque utilisation du chariot d'urgence, un retex est mis en place par le groupe « urgences vitales ». La composition du chariot a été réadaptée en lien avec les besoins des services, et est uniforme sur l'ensemble des sites. Pour leurs pratiques professionnelles, les soignants disposent d'une gestion documentaire accessible. Ces documents font l'objet de mises à jour par les groupes de travail thématiques. Les nouvelles recommandations sont transmises aux équipes par les animateurs de processus qui ont la charge de la veille documentaire. Les indicateurs qualité et sécurité des soins sont recueillis, et des actions d'améliorations sont mises en place en cas de score insatisfaisant. L'établissement suit d'autres indicateurs dont le taux de ré-hospitalisation par exemple. Certains indicateurs spécifiques à une activité ou à la pertinence des admissions par exemple ne servent encore pas l'établissement dans sa stratégie pour l'amélioration des conditions de prise en soins.

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	440042141	CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE	1 allée alphonse fillion les clouzeaux 44120 VERTOU FRANCE
Établissement principal	440000883	CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE - SITE DE VERTOU	1 allée alphonse fillion Bp 2222 44122 VERTOU FRANCE
Établissement géographique	440000552	CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE - SITE DU LOROUX BOTTEREAU	51, rue de la Loire 44430 Le Loroux-Bottereau FRANCE
Établissement géographique	440021251	CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE - SITE DU LOROUX BOTTEREAU SLD	51, rue de la Loire Hopital intercom. sevre et loire 44430 Le Loroux-Bottereau FRANCE
Établissement géographique	440021236	CENTRE HOSPITALIER SEVRE ET LOIRE - SITE DE VERTOU SLD	1 allée alphonse fillion Bp 2222 44122 VERTOU FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	12
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	2
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	97
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	55
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
4	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
6	Audit système	Entretien Professionnel		

7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
9	Audit système	QVT & Travail en équipe		
10	Audit système	Maitrise des risques		
11	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Représentants des usagers		
14	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
15	Audit système	Engagement patient		
16	Audit système	Coordination territoriale		
17	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	

18	Audit système	Dynamique d'amélioration		
19	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique
20	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
21	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
22	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient atteint d'un cancer Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
23	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaire
24	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
	Traceur	Transport intra-		Transport interne assis ou

25	ciblé	hospitalier des patients		couché entre 2 services par un brancardier ou personnel de soins ou SSR et plateau technique
26	Audit système	Leadership		
27	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
28	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
29	Audit système	Entretien Professionnel		
30	Audit système	Dynamique d'amélioration		
31	Audit système	Dynamique d'amélioration		
32	Audit système	Coordination territoriale		
33	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
34	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins de longue durée	

			Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
35	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositifs invasifs
36	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
37	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
39	Audit système	Leadership		
40	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
41	Audit système	QVT & Travail en équipe		
42	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
	Audit	Maitrise des risques		

43	système			
44	Audit système	Entretien Professionnel		
45	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
46	Audit système	Entretien Professionnel		
47	Audit système	Entretien Professionnel		
48	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
49	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
50	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
51	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
54	Audit système	Engagement patient		
55	Audit système	Représentants des usagers		
56	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

57	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
58	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
59	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
60	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
61	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
62	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée	

			Tout l'établissement	
63	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
64	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL

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

