
MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON

18, avenue de verdun
91290 Arpajon



Validé par la HAS en Novembre 2025

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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON	
Adresse	18, avenue de verdun 91290 Arpajon FRANCE
Département / Région	Essonne / Ile-de-france
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	910110014	CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON	18, avenue de verdun 91290 ARPAJON FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

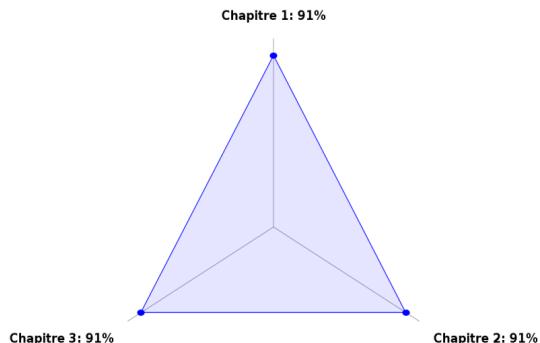
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

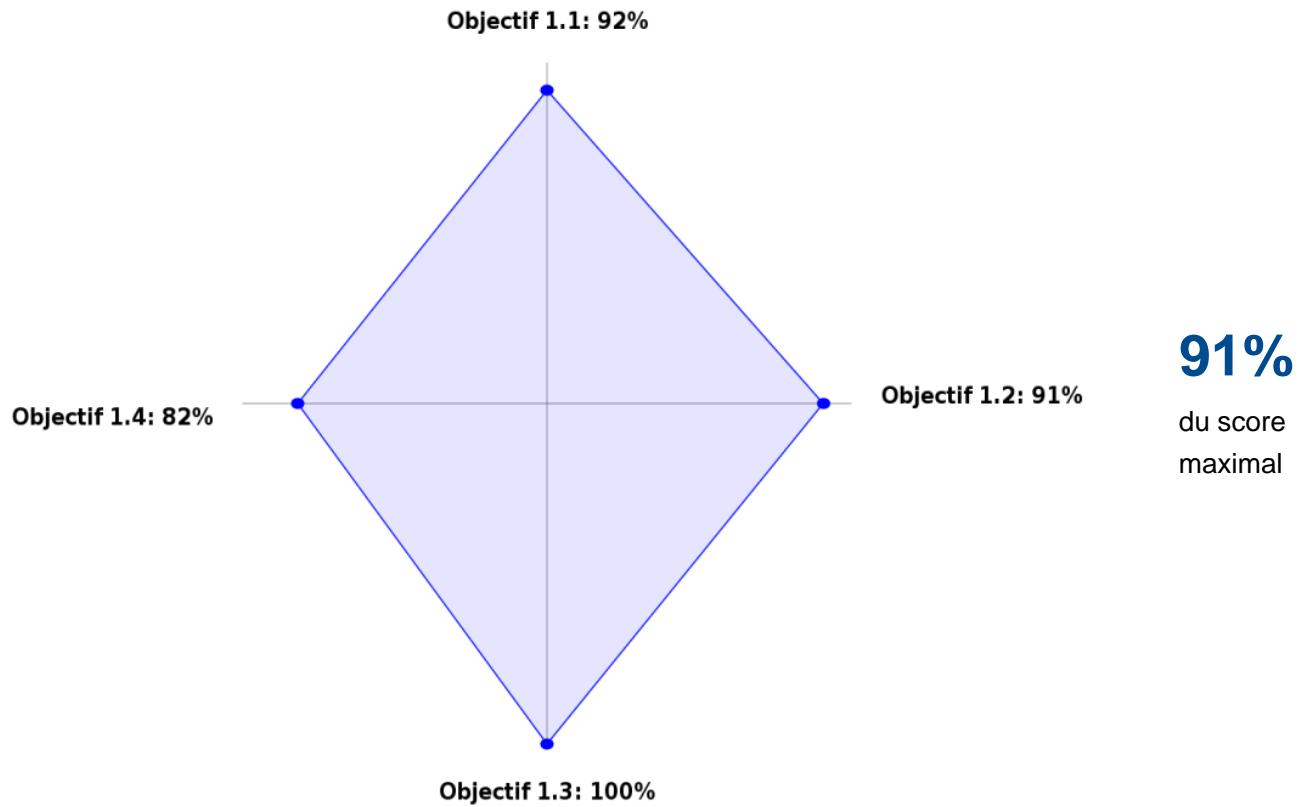
Au regard du profil de l'établissement, 120 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

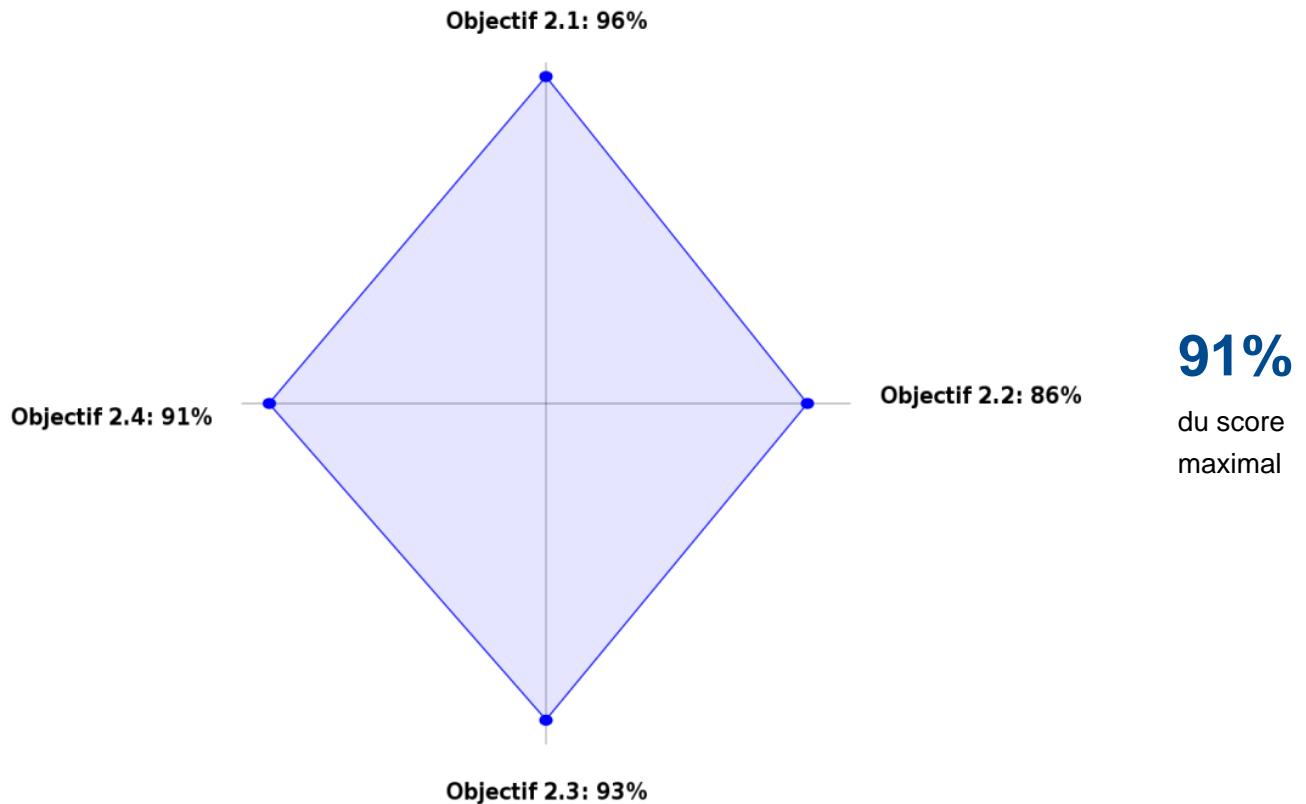


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	91%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	82%

Les patients pris en charge au Centre Hospitalier d'Arpajon sont informés sur leur prise en charge. Les professionnels délivrent une information claire et adaptée aux patients, concernant les hypothèses diagnostiques, les conduites à tenir avec leurs éventuelles alternatives, les traitements. L'avis et le consentement des patients sont recherchés avant tout acte, qu'il s'agisse d'un adulte, d'un enfant ou d'un adolescent. Le patient se sent impliqué et acteur de son projet de soins. L'établissement a structuré l'information des patients avant et après la transfusion de produits sanguins labiles. Les patients ont la possibilité de désigner une personne à prévenir ainsi qu'une personne de confiance. De plus en plus souvent, les professionnels ont le souci de rechercher l'existence d'éventuelles directives anticipées et d'informer le patient sur la possibilité d'en rédiger. Néanmoins, les patients n'ont pas connaissance de l'existence des

représentants des usagers. Il existe de nombreux affichages et actions pour renforcer leur visibilité (flyers, refonte du livret d'accueil, participation à divers évènements, RU TOUR...). Par ailleurs, la connaissance des représentants des usagers par les patients est un axe prioritaire du projet des usagers, "Renforcer la visibilité des représentants des usagers de la CDU". L'intégration d'un RU au sein du Directoire comme membre avec voix consultative depuis février 2024 et la désignation de deux nouveaux représentants des usagers en mai 2025 constitue une opportunité de poursuivre cette dynamique. De même, tous les patients ne savent pas qu'ils ont la possibilité d'exprimer leur satisfaction, de faire une réclamation ou des remerciements, ou encore de réaliser un signalement d'événement indésirable associé aux soins. De façon générale, au CH d'Arpajon, l'intimité du patient est respectée. Néanmoins, la configuration architecturale actuelle ne permet pas toujours son respect optimal. Cependant, l'intimité des patients est respectée par la mise en place d'une organisation pour effectuer les soins et les prises en charge. Aux urgences adultes, des patients en attente peuvent encore être installés temporairement dans les circulations et dans ces situations, des dispositifs tels que des paravents sont systématiquement déployés pour préserver l'intimité. Dans les services de Médecine et de Chirurgie, la majorité des chambres sont doubles et elles ne disposent pas de douche. Pour ces services, 1 à 2 douches sont disponibles par secteur. Certaines ont été rénovées mais toutes ne sont pas accessibles aux personnes avec un handicap moteur. Cependant, l'établissement a pleinement conscience de ces contraintes structurelles et s'est engagé dans une démarche ambitieuse de transformation via son schéma directeur immobilier. La prise en charge des patients âgés est réalisée en recherchant le maintien de l'autonomie de la personne. Cependant, dans un service, un patient âgé a trouvé que le délai de réponse à la sonnette peut être long à certains moments de la journée et/ou de la nuit. Par ailleurs, dans un service, une patiente a exprimé que les soins ou aides à la satisfaction des besoins élémentaires ont été parfois réalisés rapidement, vécus comme étant brusques et/ou accompagnés de reproches par un professionnel de nuit. La patiente a cependant exprimé son entière satisfaction sur sa prise en charge, notamment médicale, dans le service. Lorsque les équipes identifient le handicap d'un patient, ce qui n'est pas toujours tracé dans le dossier, ces personnes en situation de handicap sont prises en charge de façon adaptée. L'établissement a mis en place un comité de pilotage regroupant des professionnels des différents pôles d'activité afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap. La prise en charge des mineurs est organisée dès les urgences jusqu'au service de pédiatrie. Néanmoins, en cas d'hospitalisation dans les secteurs de chirurgie adulte et de chirurgie ambulatoire, il n'existe pas toujours de circuit spécifique et d'environnement adapté à ces mineurs. Cependant, des locaux ont d'ores et déjà été identifié et aménagés en chirurgie et un projet de personnalisation des locaux pour flécher le parcours des mineurs dans ces secteurs dédiés aux adultes est prévu pendant l'été 2025. Dans ces secteurs adultes accueillant des mineurs, certains professionnels ont été formés en 2024, d'autres le seront à partir du deuxième semestre 2025. En maternité, les pratiques garantissent une sécurisation satisfaisante de la prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat, malgré une architecture des locaux peu facilitatrice. Les proches et les aidants sont associés autant que possible à la mise en œuvre du projet de soins, avec l'accord du patient. La présence des parents est facilitée, au même titre que celle des proches en cas de situation difficile. Au SMR d'Egly, un studio permet d'héberger temporairement les proches. La mobilisation des professionnels permet d'identifier les problématiques sociales lors des prises en charge. Le service social, qui connaît le réseau d'interlocuteurs du territoire, est sollicité et permet un accompagnement adapté des problématiques sociales des patients. En USLD, des activités sont proposées afin de maintenir l'autonomie et le lien social des personnes accueillies. En SMR, un dispositif a été mis en place afin de sécuriser les sorties des patients. Une équipe intervient à la fin de l'hospitalisation dans le cadre de situations ciblées et assure le suivi des patients à domicile après la sortie. Un questionnaire de satisfaction est remis aux patients, aidants et proches afin d'évaluer ce dispositif. Concernant les mineurs atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique, l'identification et la prise en compte des préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires ne sont pas réalisées de façon systématique.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



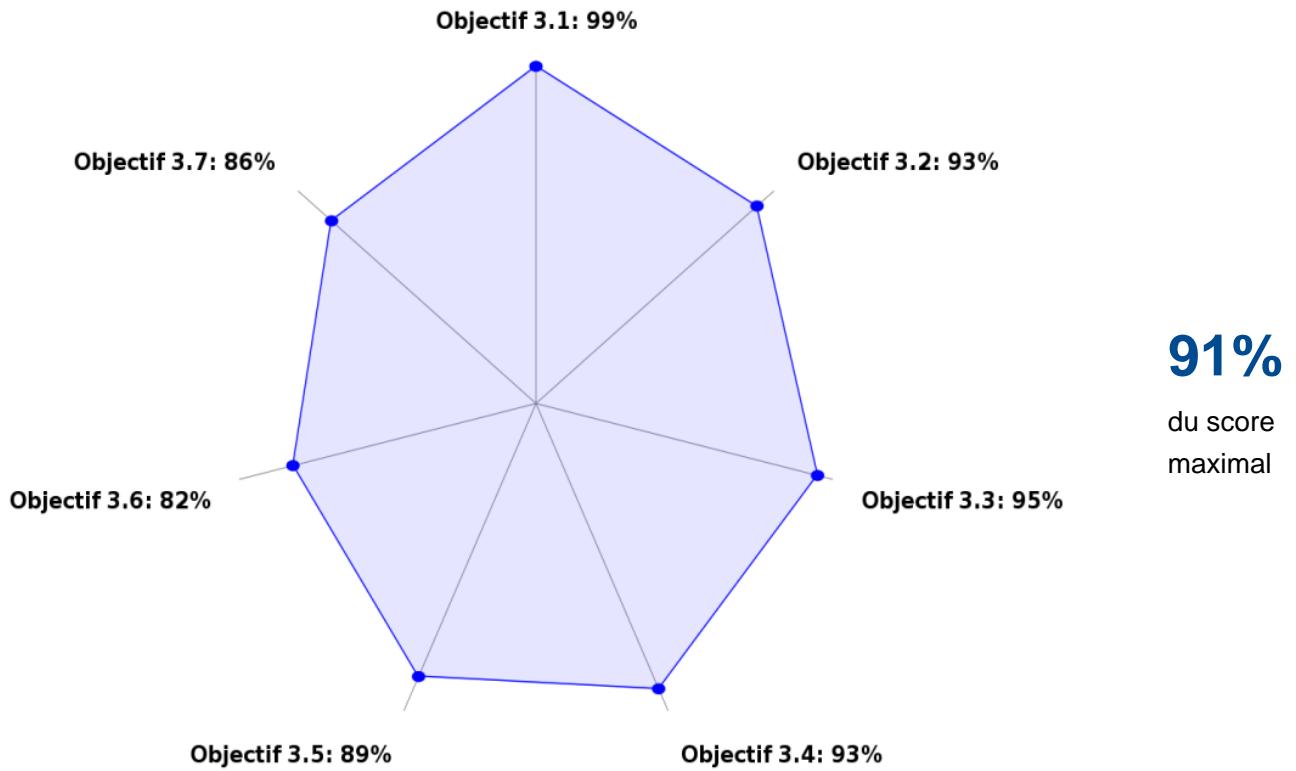
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	96%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	86%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	92%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	91%

Les équipes du CH d'Arpajon ont le souci d'évaluer la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions. Ainsi, il existe de nombreuses concertations pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires permettant d'adapter au mieux les prises en charge proposées aux patients. L'établissement, en s'appuyant sur des professionnels motivés et compétents, s'assurent de la pertinence des prescriptions des antibiotiques. Un référent anti-infectieux et une équipe de professionnels proposent un guide d'antibiothérapie mis à jour régulièrement, des formations ainsi que des audits réguliers (notamment sur la réévaluation à 48/72h des traitements et justification des traitements au-delà de 7 jours). Les protocoles d'antibioprophylaxie sont en accord avec les dernières recommandations de la SFAR. Des évaluations de pratiques concernant le délai d'injection et le choix des molécules sont conduites dans le secteur interventionnel. Bien que réalisée sur un échantillon très réduit,

l'établissement a débuté l'étude de la pertinence des prescriptions des produits sanguins labiles. En SMR à Égly, la pertinence des admissions et des séjours est évaluée de façon continue afin de faciliter le parcours des patients. Globalement, la pertinence des décisions et des prises en charge est argumentée en équipe, mais elle ne s'appuie cependant pas systématiquement sur des protocoles spécifiques établis par chaque équipe. La coordination des professionnels des équipes est assurée lors de staffs réguliers organisés dans la plupart des services du CH d'Arpajon. Les prises en charge sont également organisées en faisant appel aux recours et expertises extérieurs. Si besoin, le recours à des téléconsultations ou téléimagerie est activé. Dans ce cadre, la démarche palliative est coordonnée entre les professionnels et les services, dont l'unité de soins palliatifs, et s'appuie également sur l'équipe mobile de soins palliatifs. Aux urgences, un écran affiche le nombre de patients en attente par filière mais pas le délai d'attente. L'information orale ne semble pas toujours donnée au patient. De plus, tous les services ne sont pas informatisés (Mater et USIP) et les praticiens ne consultent pas le DMP des patients. Les cadres ont témoigné qu'ils sont sollicités en garde le WE pour aller chercher des dossiers papiers aux archives. En pédiatrie, il existe une forte coordination avec le CH du Sud Francilien afin de faciliter la transition adolescent/adulte lors des prises en charge au long cours. L'établissement dispose dans presque tous les services (sauf en maternité et USIP) d'un dossier informatisé. L'ergonomie de ce dossier ne facilite pas un accès rapide aux informations disponibles. Il n'existe pas de réelle interface entre les logiciels et serveurs de résultats (appels contextuels uniquement). L'établissement a réalisé ces derniers mois des investissements technologiques importants afin de renouveler le parc informatique et les réseaux, afin de préparer l'évolution des futures versions du logiciel patient informatisé. Des pièces du dossier patient sont intégrées au DMP lors de leur sortie. Bien que l'établissement ait sensibilisé ses professionnels de santé lors de la semaine sécurité du patient et de la Commission médicale d'établissement (CME) et malgré la mise à disposition d'un tutoriel d'accès au DMP, les professionnels ne consultent que très peu le dossier médical partagé du patient. De même, bien que l'établissement ait sensibilisé ses professionnels de santé lors de la semaine sécurité du patient et de la Commission médicale d'établissement (CME) et malgré la mise à disposition d'un tutoriel d'accès au DMP, les professionnels ne consultent que très peu le dossier médical partagé du patient. Hormis dans les secteurs de pédiatrie, la mise à jour du carnet de santé des enfants n'est pas systématique. Comme le confirment les scores des indicateurs qualité sécurité des soins, une grande partie des patients quittent l'établissement sans leur lettre de liaison de sortie. Le système d'information est un facteur limitant, au même titre que l'organisation de certains praticiens. Dans le secteur interventionnel, les checklists «?sécurité du patient?» font l'objet d'évaluations permettant de s'assurer de leur mise en œuvre. L'établissement a commencé à définir une série d'indicateurs permettant d'évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge au niveau des secteurs interventionnels dont la transmission des informations inter-séteurs. Les actions d'amélioration commencent à être définies. Le suivi et l'analyse des motifs de report ou d'annulation des interventions est lancé. Les équipes du Centre Hospitalier s'inscrivent dans une dynamique de maîtrise des risques liés à leurs pratiques. Le circuit du médicament fait l'objet d'une mobilisation importante des professionnels depuis de nombreuses années. Il existe des groupes de travail spécifiques qui s'appuient sur des évaluations régulières. La pharmacie est partie prenante en réalisant notamment des visites d'armoires régulières dans les services. Au SMR d'Égly, il existe une dispensation nominative bihebdomadaire. De façon globale, les règles d'administration des médicaments sont respectées. Le circuit des chimiothérapies est sécurisé. Néanmoins, le stockage et la conservation des médicaments ne sont pas maîtrisés dans tous les secteurs. La conservation au froid des médicaments est réalisée avec des réfrigérateurs qui ne sont pas tous équipés d'alarme en cas d'excursion de température. Le suivi des températures, tel qu'il est réalisé, ne garantit pas le respect de la chaîne du froid entre deux vérifications de température. Lors de la visite des experts visiteurs, l'établissement a mené des actions d'amélioration et des rappels auprès des équipes. De même, un programme de renouvellement des enceintes réfrigérées et d'achat de sondes de température a été initié en fonction des contingences budgétaires de l'établissement. Malgré la vigilance et la mobilisation des professionnels, le stockage des médicaments à risque n'est pas optimum dans quelques secteurs (mélanges, défauts d'étiquetage, défaut de sécurisation, rangement du coffre à stupéfiant...). L'établissement a immédiatement mis en place les actions pour rajuster ces constats.

Les bonnes pratiques de préparation des injectables sont globalement respectées hormis une observation d'une préparation anticipée pour 24 heures d'injectables anesthésiques, retrouvée dans le réfrigérateur du bloc opératoire. Malgré une procédure définie par l'établissement, les professionnels utilisent de façon régulière, et parfois au-delà de 24 à 48 heures, les médicaments personnels des patients. En chirurgie, le manque de clarté concernant les responsabilités des différents praticiens peut engendrer l'absence d'administration du traitement personnel des patients lors du séjour hospitalier. De plus, les bilans thérapeutiques spécifiant les évolutions des traitements des patients à la suite de leur hospitalisation sont le plus souvent absents des lettres de liaison de sortie. Concernant les prises en charge en chirurgie ambulatoire, et comme le démontrent également les indicateurs qualité sécurité des soins, l'organisation de la sortie est réalisée sur la base d'un score de sortie validé. Le personnel n'est pas formé à l'utilisation de ce score. La mise en œuvre des précautions standard et des précautions complémentaires est le plus souvent mise en œuvre conformément aux bonnes pratiques. L'évaluation des pratiques en matière de précautions complémentaires d'hygiène n'est pas réalisée dans tous les secteurs mais bénéficie d'une surveillance quotidienne. Un travail est en cours avec les correspondants en hygiène hospitalière. Un travail important a été réalisé ces derniers mois afin de redynamiser l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle au sein de l'établissement. Le circuit et le traitement des endoscopes sont maîtrisés. Suite à la dernière visite de certification, le service qualité, rattaché à la direction des soins, a proposé un grand nombre d'outils et de formations multithématiques visant à développer l'acculturation des professionnels à la démarche d'amélioration continue. Les professionnels ont ainsi une bonne connaissance des indicateurs qualité, y compris dans les secteurs à risque. Cependant, il existe encore une hétérogénéité d'appropriation des évaluations des pratiques cliniques, tant pour la mise en œuvre que pour la connaissance des résultats qui en découlent. Le dispositif de recueil de la satisfaction des patients a été réajusté avec la participation des services. Néanmoins, le recueil de l'expérience patient reste limité (faible taux de réponses) et les professionnels n'ont pas connaissance des actions d'amélioration pouvant être mises en œuvre.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	93%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	95%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	93%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	89%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	82%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	86%

Le CH d'Arpajon inscrit les actions de son projet médical dans le cadre d'une réflexion territoriale associant ses partenaires privilégiés, dont le CH du Sud Francilien, mais également les autres établissements du GHT et du territoire. L'établissement participe à de nombreux parcours et filières territoriaux, tant avec ses partenaires publics que privés. Cette dynamique est en évolution constante afin de répondre au mieux aux besoins des

patients. Il existe actuellement un travail collectif associant les tutelles et les parties prenantes concernant l'amélioration des parcours en pédopsychiatrie. L'établissement a également développé une solide filière gériatrique permettant notamment d'éviter les passages aux urgences : équipe mobile de gériatrie, admissions directes, numéro d'avis, sécurisation de la sortie en SMR... La promotion de la recherche clinique est débutante et s'appuie notamment sur l'unité de recherche clinique du CH Sud Francilien, auquel l'établissement est partie prenante. Le recueil de l'expression des patients est essentiellement axé sur l'utilisation de questionnaires en fin de séjour. Des formations et actions sont proposées aux professionnels afin de promouvoir la bientraitance. Néanmoins, l'établissement n'a pas défini, à ce jour, de dispositif permettant d'évaluer les risques impactant la bientraitance dans les secteurs en difficulté, notamment du fait de sous-effectifs ou d'un nombre important de vacataires ou d'intérimaires. De même, l'organisation mise en place afin d'évaluer et de prendre en charge les éventuelles situations de maltraitance ne fait pas l'objet d'une évaluation régulière permettant de s'assurer de l'opérationnalité du dispositif. L'accessibilité des locaux aux personnes en situation de handicap est parfois difficile du fait de la vétusté des locaux (nombre réduit de douches dans les services de médecine et chirurgie). L'établissement a défini un schéma directeur immobilier ambitieux prenant notamment en compte l'accessibilité des personnes en situation de handicap. L'accès du patient à la copie de son dossier est en cours d'amélioration et les délais de transmission des dossiers de moins de 5 ans sont en progression. Les représentants des usagers sont impliqués dans de nombreuses instances et groupes de travail. Ils contribuent ainsi au fonctionnement du comité éthique et du Directoire. Ils ont initié un «?RU tour?» afin de se faire connaître des professionnels. Ils sont cependant encore peu impliqués dans le recueil de l'expérience patient, ce qui permettrait d'améliorer la pertinence de leurs recommandations en plus des nombreuses actions engagées par l'établissement afin d'accroître leur implication. La gouvernance s'est fortement engagée dans la préparation de la nouvelle visite de certification, avec pour objectif d'inscrire l'établissement dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. La direction générale, la direction déléguée, la direction des soins et de la qualité, la présidence de la CME ont structuré le pilotage de cette démarche. Les cadres, référents dans chaque service, ont la charge de déployer la stratégie dans chaque unité en s'appuyant notamment sur des tableaux et PAQSS de service.

L'établissement a réalisé une enquête «?culture qualité sécurité?» à l'échelle institutionnelle, mais les résultats et les actions d'amélioration fixés suite à cette enquête ne sont pas connus des professionnels. La gestion des ressources humaines est pilotée pour garantir la continuité des prises en charge et le maintien des compétences. Si besoin, l'établissement réajuste son capacitaire aux ressources humaines disponibles. Le travail en équipe est une réalité au sein du CH d'Arpajon. Cela se traduit par l'organisation de staffs et de groupes de travail intra et interservices. Bien qu'aucune équipe ne se soit inscrite dans une démarche spécifique d'amélioration du travail en équipe, l'établissement soutient cette dynamique en mobilisant l'encadrement et, selon les disponibilités, les professionnels. Une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail est impulsée par la gouvernance de l'établissement. Elle a été déterminée sur la base notamment des résultats d'un baromètre social et en association avec les organisations syndicales. Le dispositif de gestion des conflits et difficultés interpersonnelles est défini, mais n'est pas encore mis en œuvre de façon opérationnelle au sein de l'établissement et des services. L'établissement a identifié les risques auxquels il peut être confronté et a défini les plans de gestion adaptés. Le volet AMAVI est formalisé et a fait l'objet d'un 1er exercice début 2025. Bien qu'ayant été identifié en 1re ligne concernant le risque NRC, l'établissement n'a pas finalisé son organisation et la formation des acteurs concernant ce risque spécifique. La structuration du développement durable est en cours dans le cadre d'une démarche territoriale. Les responsabilités sont définies. La vétusté de certains locaux rend difficile la mise en œuvre de certaines actions telles que, par exemple, le tri et la valorisation des déchets. L'élimination des poches de chimiothérapie non utilisées ou non finies fait maintenant l'objet d'un circuit spécifique et conforme. La maternité et d'autres secteurs sont cependant engagés dans des démarches exemplaires en matière de développement durable. Le dispositif en place concernant les urgences vitales s'appuie, depuis 2022, sur 3 numéros d'appel pour le site principal : 1 numéro pour les urgences vitales adultes, 1 numéro pour les urgences vitales des mineurs et 1 numéro pour les urgences vitales à l'extérieur du

bâtiment. Ce dispositif a été défini suite à des retours d'expérience. L'établissement a, suite à la visite, modifier son dispositif afin d'avoir 2 numéros (un numéro pour les adultes ou enfants âgés de plus de 15 ans et 3 mois et un numéro pour les moins de 15 ans et 3 mois). Les professionnels des secteurs mixtes adultes/enfants ne savent pas toujours définir quel numéro d'urgence activer selon l'âge de la personne concernée. Des registres de suivi des appels viennent d'être mis en place afin d'évaluer le recours à ces différents numéros. Pour le site d'Egly, il existe un numéro unique qui oriente vers la régulation du centre 15. À la suite de la précédente visite de certification, l'établissement et l'ensemble des professionnels se sont mobilisés de façon importante afin d'instaurer une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Un effort tout particulier a été mené sur l'exploitation des événements indésirables signalés. Le dispositif est opérationnel et permet la réalisation d'analyses pluriprofessionnelles dans la plupart des secteurs. L'accompagnement du service qualité permet d'identifier des actions d'amélioration dont le suivi est assuré. Les RMM ne sont pas effectives dans tous les secteurs à risque. Les recommandations émises par la CDU sont prises en compte par l'établissement et commencent à impacter la politique d'accueil et de prise en charge des patients. Les professionnels ne connaissent cependant pas tous les recommandations émises par la Commission Des Usagers malgré leur affichage par l'encadrement des services sur les tableaux de bord qualité et les actions de communication organisées par l'établissement. De même, les actions d'amélioration définies suite aux faibles scores des indicateurs qualité sécurité des soins de la lettre de liaison n'ont pas permis, à ce jour, d'améliorer la situation. Les revues de pertinence des admissions et des séjours sont peu développées dans les secteurs en dehors des soins critiques. 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 : S'assurer de la sécurisation, de la bonne identification des médicaments à risques durant l'ensemble des étapes de leur circuit et dans l'ensemble des services Revoir la préparation des médicaments injectables afin de garantir que ceux-ci soient préparés selon les recommandations de bonnes pratiques Adresser à l'ensemble des patients une lettre de liaison le jour de sa sortie afin de garantir une continuité des soins optimale Terminer la formation des professionnels des services accueillant des mineurs à la prise en charge de cette population Revoir le dispositif d'appel relatif aux urgences vitales afin que celui-ci soit maîtrisé par l'ensemble des professionnels de l'établissement Dispenser à l'ensemble des professionnels des exercices de mises en situation d'urgences vitales assurant la bonne préparation de tous à ces situations

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	910110014	CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON	18, avenue de verdun 91290 ARPAJON FRANCE
Établissement principal	910000272	CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON	18, avenue de verdun 91290 Arpajon FRANCE
Établissement géographique	910806371	MOYEN SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON	Chemin de la croix d'egly 91520 EGLY FRANCE
Établissement géographique	910811728	LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER D'ARPAJON	Chemin de la croix d'egly 91520 EGLY 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	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
Existence de Structure des urgences pédiatriques	Oui
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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
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	Oui
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	Oui
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	2,787
Nombre de passages aux urgences générales	33,829
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	7,198
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	101
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	32
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	27
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	8
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	6
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	533
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	9
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	2
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	45
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	10
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	48
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)	5
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		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
2	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
3	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
4	Parcours traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Audit système	Coordination territoriale		
7	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Tout l'établissement	

			Urgences	
9	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
10	Audit système	Représentants des usagers		
11	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
13	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Soins critiques Tout l'établissement Urgences	
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Audit système	Entretien Professionnel		

17	Parcours traceur	Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
18	Parcours traceur	Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Médecine Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé	Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles	PSL
21	Parcours traceur	Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
22	Audit système	Entretien Professionnel	
23	Audit système	Entretien Professionnel	
24	Audit système	Entretien Professionnel	

25	Parcours traceur	Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé	chimiothérapie
27	Audit système	Dynamique d'amélioration	
28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins	PSC
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins	Antibioprophylaxie et Per opératoire
30	Audit système	Entretien Professionnel	
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	Engagement patient	
33	Patient traceur	Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
34	Audit système	Maitrise des risques	
	Parcours traceur	Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète	

35			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
37	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
40	Audit système	Coordination territoriale		
41	Audit système	Leadership		
42	Audit système	QVT & Travail en équipe		
	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine	

43			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
44	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
45	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
46	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
47	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
48	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
49	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		PSC

50	Parcours traceur	Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
51	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves	EI
52	Parcours traceur	Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
53	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins	Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
54	Audit système	Entretien Professionnel	
55	Parcours traceur	Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé SAMU-SMUR Soins critiques Tout l'établissement Urgences	
	Patient traceur	Adulte Chirurgie et interventionnel	

56			Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Parcours traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
58	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
59	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Pas de situation particulière Soins critiques Tout l'établissement Urgences	
60	Parcours traceur		Hospitalisation complète Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
61	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
62	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
63	Parcours traceur		Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
65	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière SAMU-SMUR Tout l'établissement Urgences	
66	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
67	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL

68	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
69	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
70	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
71	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
72	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
73	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
74	Audit système	Représentants des usagers		
75	Audit système	Entretien Professionnel		
76	Audit système	Leadership		
77	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
78	Audit système	Maitrise des risques		
79	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
80	Audit système	Dynamique d'amélioration		
81	Audit système	Entretien Professionnel		
82	Audit système	QVT & Travail en équipe		

83	Audit système	Entretien Professionnel		
84	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
85	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
86	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Précautions standard et complémentaires
87	Audit système	Coordination territoriale		
88	Audit système	Entretien Professionnel		
89	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
90	Audit système	Engagement patient		
91	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et Per Os
92	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
93	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque
94	Audit système	Entretien Professionnel		
95	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
96	Parcours traceur			

97	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
98	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
99	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et Per Os
100	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
101	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
102	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
103	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	

104	Parcours traceur	Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
105	Parcours traceur	Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Programmé Soins critiques Tout l'établissement	
106	Parcours traceur	Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
107	Patient traceur	Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
108	Patient traceur	Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient traceur	Hospitalisation complète Médecine	

109		Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
110	Patient traceur	Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
111	Parcours traceur	Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Médecine Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	

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

