



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DES MARCHES DE
BRETAGNE**

9 rue fougères
35560 Antrain



Validé par la HAS en Mars 2022

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 – Mars 2022

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	16
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	17
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	18
Annexe 3. Programme de visite	22

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE	
Adresse	9 rue fougères 35560 Antrain FRANCE
Département / Région	Ille-et-Vilaine / Bretagne
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	350048518	CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE	9 rue de fougères 35560 ANTRAIN FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

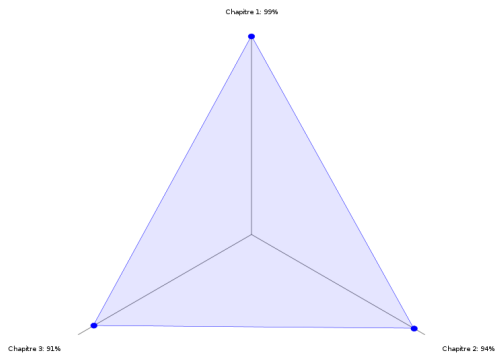
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

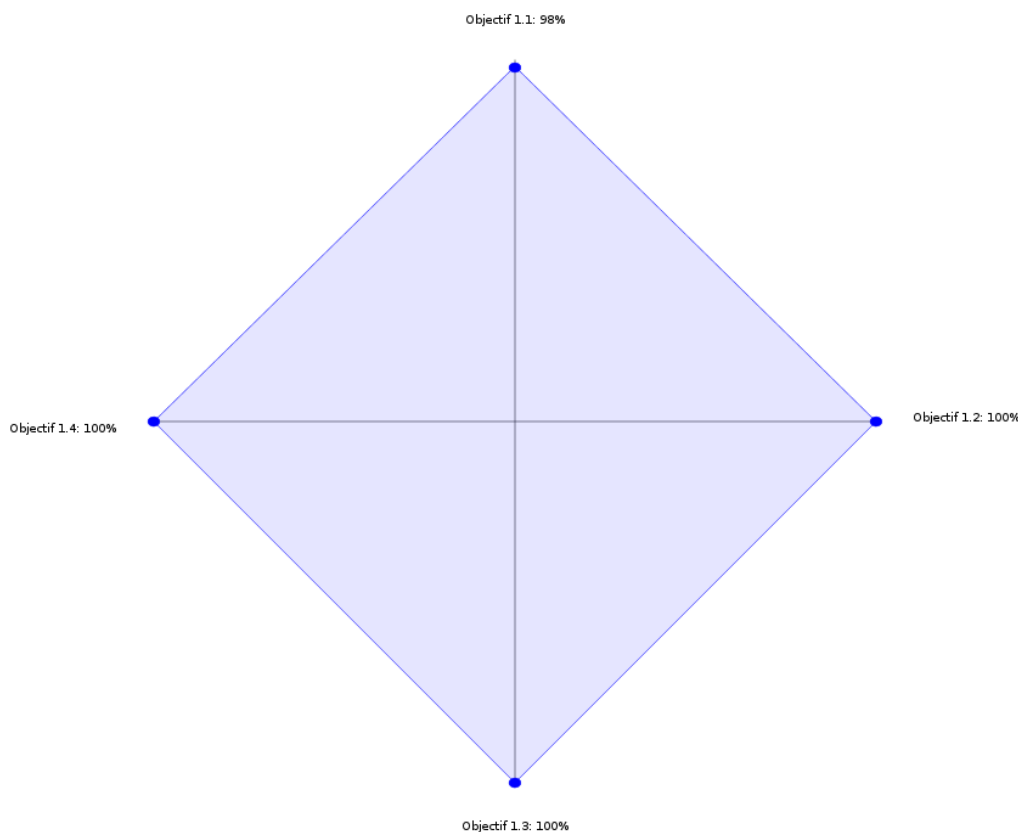
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats

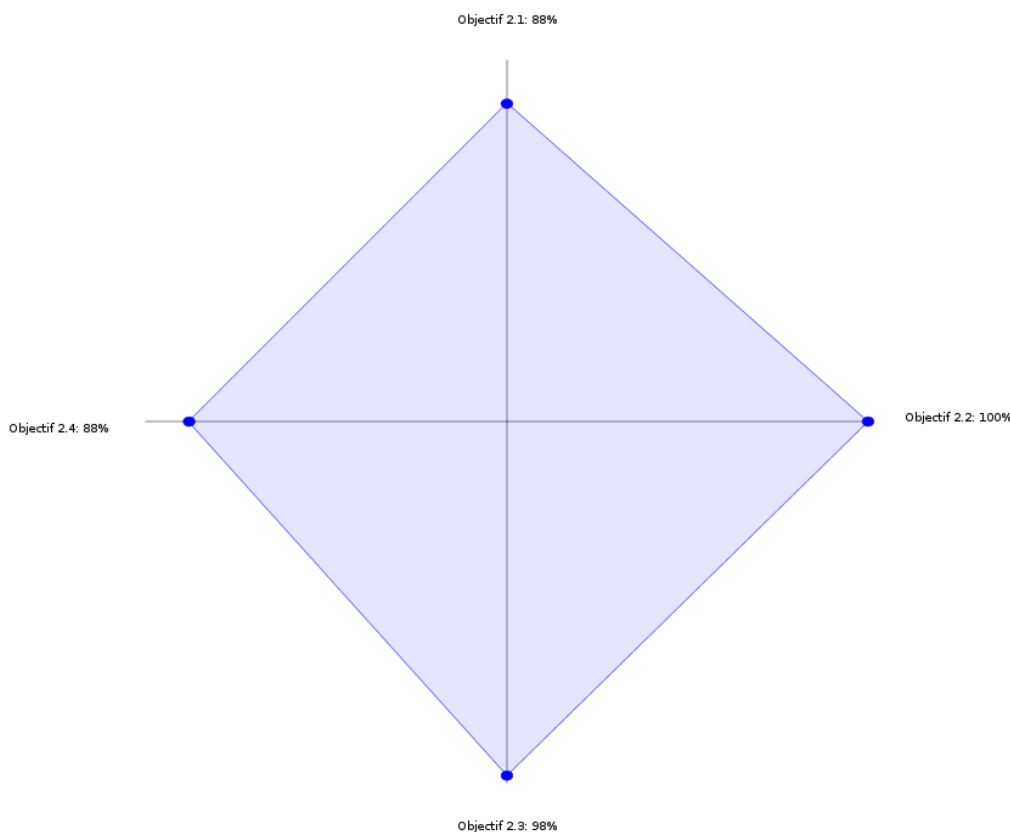


Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé et son implication est recherchée. Les rencontres avec les patients ont montré leur implication dans leur prise en charge. Ils reçoivent des informations claires sur leur état de santé et sur les soins envisagés, ce qui leur permet d'exprimer un consentement libre et éclairé sur leur projet de soins établi et suivi en pluridisciplinarité. Dans tous les services la charte de la personne hospitalisée, la charte Romain Jacob, des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique et la prévention primaire, sont affichés. Les patients sont invités à désigner une personne de confiance dont le rôle leur est expliqué. La traçabilité des informations données aux patients sur les directives anticipées n'est pas exhaustive. Le patient est respecté. Tous les patients rencontrés ont fait part du respect de leurs droits, en particulier concernant le respect de leur dignité et de leur intimité. La confidentialité des données des patients est respectée, les accès au dossier patient informatisé sont sécurisés par identifiants personnalisés et mots de passe, et fermés en l'absence des professionnels. Les aptitudes et capacités des patients âgés ou vivant avec un handicap font l'objet d'une évaluation systématique, et les mesures permettant le maintien de leur autonomie sont mises en place. En cas de contention mécanique, la prescription médicale est argumentée et régulièrement réévaluée. Les patients rencontrés ont fait part de leur satisfaction quant à la prise en charge de leur douleur, que ce soit pour l'anticiper ou la soulager rapidement. La traçabilité de la prise en charge de la douleur est retrouvée dans les dossiers. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Les conditions de vie antérieures et les éventuelles problématiques sociales sont prises en compte dans le projet de soins des patients et pour la préparation de leur sortie.

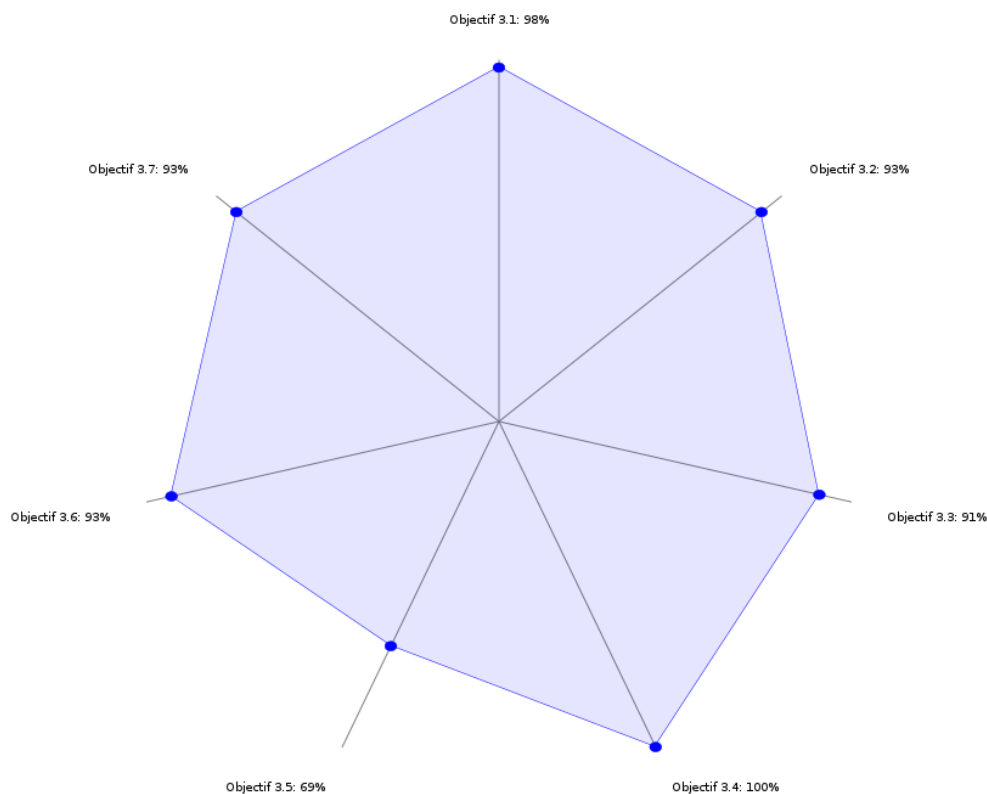
Chapitre 2 : Les équipes de soins



La pertinence des modalités de prise en charge est argumentée en équipe, notamment durant les staffs pluridisciplinaires. Les prescriptions des traitements antibiotiques répondent à des justifications tracées dans le dossier informatisé du patient, mais les réévaluations entre la 24^e et la 72^e heures ne sont pas systématiques. Les praticiens ne bénéficient pas tous de formations à l'utilisation des antibiotiques. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont intégrés dans le dossier du patient et partagés en temps utile par tous les professionnels impliqués par la prise en charge du patient. La lettre de liaison est constituée par un recueil très renseigné des observations pluridisciplinaires actualisées. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. La prescription des médicaments est conforme à la réglementation. L'analyse pharmaceutique est exhaustive. La dispensation est nominative hebdomadaire. L'administration des médicaments est conforme à la réglementation : le patient est informé des médicaments qu'il prend, les médicaments sont identifiables jusqu'à leur administration qui est tracée dans le dossier patient informatisé, de même que leur non-administration. La liste des médicaments à risque est connue de tous les professionnels rencontrés qui en connaissent les règles de stockage. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification des patients qui sont tous porteurs d'un bracelet d'identification, et l'ensemble des documents du dossier du patient sont identifiés. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standards et complémentaires. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées. Les équipes évaluent leurs pratiques. La gestion des événements indésirables est intégrée par tous les professionnels, de la gouvernance au terrain. La communication sur les événements indésirables est formalisée et fonctionne très bien dans les deux sens entre la gouvernance et les

professionnels de terrain. Les équipes mettent en œuvre les actions d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins à la suite des analyses. L'analyse des indicateurs par les équipes se traduit par des actions d'amélioration dont les effets sont mesurés. En revanche, la démarche d'évaluation des résultats cliniques par les équipes sur une prise en charge identifiée comme susceptible de potentielle amélioration, n'est pas encore formalisée.

Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. Il a établi des partenariats nécessaires à la fluidification des parcours, par exemple au niveau de la communauté professionnelle territoriale de santé ou de la filière gériatrique, avec des entrées directes sans passage par les urgences. Les usagers, les partenaires de ville ou les autres acteurs hospitaliers ou médico sociaux peuvent rejoindre aisément l'établissement par téléphone ou internet pour faciliter l'accès aux soins ou fluidifier les contacts avec les acteurs du territoire. L'alimentation du Dossier Médical Partagé n'est pas réalisée. Pour favoriser l'engagement des patients individuellement et collectivement, l'établissement mène de nombreuses actions de promotion de la bientraitance et s'assure de l'appropriation des bonnes pratiques visant au repérage et à la prévention de la maltraitance ordinaire. L'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patient n'est pas réalisée. Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement, ils ont connaissance des plaintes et réclamations et des réponses aux questionnaires de satisfaction. Ils ont participé à des patients traceurs et ont réalisé des audits sur le bientraitance dans les services auprès des patients. Ils assurent une permanence en allant vers les patients au sein des services une fois par mois. Il n'y a pas encore de projet des usagers. En termes d'accessibilité des locaux, la signalétique interne et externe n'est pas adaptée à tous les types de handicap, en particulier visuel et auditif. L'établissement élabore et met en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, copilotée par la direction et la CME, et déclinée en actions concrètes sur le terrain. La culture sécurité des soins des professionnels n'est pas formellement évaluée. La politique qualité de vie au travail impulsée par la Gouvernance n'est pas totalement aboutie. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelles aux risques liés à la gestion des tensions hospitalières, aux situations sanitaires

exceptionnelles, aux risques numériques et à la prévention des atteintes aux personnes et aux biens. Il a une politique développement durable très structurée, avec un diagnostic et un plan d'actions formalisés. Concernant la prise en charge des urgences vitales, les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence, les chariots d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins et leur vérification est tracée. Toutefois, il n'y pas de numéro unique d'appel d'urgence. L'organisation de la permanence des soins repose sur une astreinte téléphonique assurée par les médecins libéraux et salariés intervenant dans l'établissement, dispositif qui ne prévoit pas de déplacement du médecin d'astreinte téléphonique, qui orientera vers un médecin hospitalier s'il s'agit d'une urgence vitale ou optera selon les symptômes décrits par l'infirmière, entre un conseil téléphonique ou le recours à la régulation s'il juge nécessaire le déplacement d'un médecin effecteur mobile ; dans ce cas c'est lui qui appellera le 15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés et exploités à l'échelle de l'établissement. De même, les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'ensemble des professionnels.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	350048518	CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE	9 rue de fougères 35560 ANTRAIN FRANCE
Établissement principal	350000444	CENTRE HOSPITALIER DES MARCHES DE BRETAGNE	9 rue fougères 35560 Antrain FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	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	0
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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	66
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	10
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
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	Audit système	Représentants des usagers		
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
3	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
4	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
6	Audit système	Coordination territoriale		
7	Audit système	Engagement patient		
8	Audit système	QVT & Travail en équipe		
9	Audit système	Leadership		
10	Audit système	Maitrise des risques		

11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Dynamique d'amélioration		
14	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
16	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou per os
17	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Hospitalisation vers balnéo et plateau technique
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
20	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
			Tout l'établissement	

21	Patient traceur		Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
22	Parcours traceur			

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

