HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DU MANS

194 avenue rubillard

72037 Le Mans

Validé par la HAS en Novembre 2023

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 2023

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 12
Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée. 15
Objectif 1.2 : Le patient est respecté. 17
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient 18
Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge 19
Chapitre 2 : Les équipes de soins 20
Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe 24
Objectif 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 25
Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques 27
Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle 29
Chapitre 3 : L'établissement 30
Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire 33
Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement 34
Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership 35
Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences 36
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance 37
Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté 38
Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins 39
Table des Annexes 40
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 41
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023 42
Annexe 3. Programme de visite 46
Annexe 4. Fiches Anomalies 59
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins 66

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 évaluéepar 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, siune 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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DU MANS	
Adresse	194 avenue rubillard 72037 Le Mans Cedex
Département / Région	Sarthe / Pays de la Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	720000025	CENTRE HOSPITALIER DU MANS	194 avenue rubillard 72037 Le Mans FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

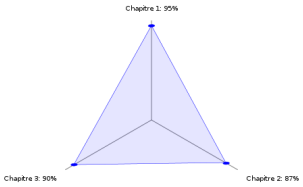
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

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

Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

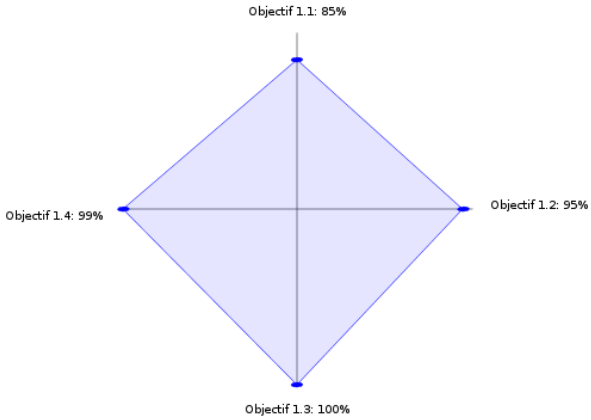
90.41%

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

Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	99%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	92%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	92%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	96%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	93%
2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)	100%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	88%
3.2-06	L'établissement lutte contre la maltraitance en son sein	94%
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	90%
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement	89%
3.7-03	L'établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	97%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.1-07	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	0%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	75%
3.2-02	L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients	58%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe	50%
3.7-06	L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement	50%

Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre

95%

du score maximal

Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	85%
1.2	Le patient est respecté.	95%
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	99%

La prise en charge au Centre Hospitalier du Mans repose sur une volonté pluriprofessionnelle d'information du patient. Les chartes hospitalières et les informations relatives aux représentants des usagers sont affichées. Des animations sur les droits du patient sont organisées pour le grand public depuis 2020. Le livret d'accueil est complet et disponible. Cependant, ce livret est mis à disposition du patient sans accompagnement organisé. De ce fait, les patients sont peu informés sur les modalités permettant de déclarer un évènement indésirable grave lié à leurs soins ou de porter réclamation. Les informations sur les soins spécifiques comme la transfusion ou les dispositifs implantables sont données très majoritairement. Le partage du projet de soins avec le patient et la recherche de son implication sont retrouvés dans l'ensemble des secteurs de soins investigués notamment en chirurgie, en maternité ou au nouveau Centre de Cancérologie de la Sarthe. L'accès aux soins palliatifs est organisé mais la recherche d'éventuelles directives anticipées n'est pas systématique. Les représentants des usagers et des associations de patients sont présents dans l'établissement et largement associés à la vie institutionnelle mais les professionnels connaissent mal leur rôle et les moyens de les contacter. Le dispositif e-satis permet la mesure de la satisfaction du patient. Certains secteurs cliniques et médico-techniques utilisent des questionnaires spécifiques, notamment en consultation et en imagerie mais il n'est pas retrouvé de démarche systématique de recueil de l'expérience patient. L'organisation des locaux et les pratiques des professionnels permettent le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité dans l'ensemble des services d'hospitalisation, aux urgences pédiatriques et sur les plateaux techniques. Cependant, le service des urgences adulte est régulièrement saturé et de nombreux patients restent en attente dans les circulations. Les soins sont adaptés au niveau d'autonomie, ils prennent en compte les spécificités liées à l'âge ou au handicap du patient. Les prises en charge des mineurs sont adaptées dans les services de pédiatrie mais aussi dans les secteurs « adulte », notamment au bloc opératoire, en imagerie ou aux urgences. Les contentions sont limitées, très majoritairement prescrites et réévaluées mais on retrouve quelques situations de mise en place de barrières de

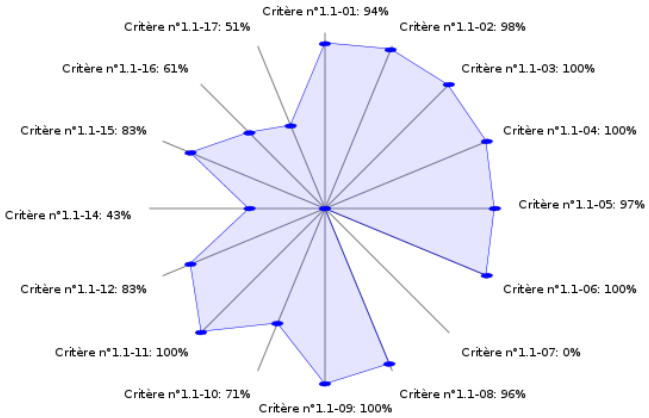
lits sans réévaluation. L'évaluation et le traitement de la douleur sont des priorités partagées, cependant les prescriptions « si besoin » ne précisent pas toujours les conditions de la mise en œuvre. Les proches et les aidants sont associés aux soins si le patient le souhaite et leur présence est facilitée notamment en réanimation, en gériatrie, en pédiatrie ou en maternité. Les soins sont organisés afin de prendre en considération les spécificités culturelles, sociales, psychologiques et physiques des patients. Un service social et une permanence d'accès aux soins de santé sont actifs et favorisent la continuité ville/hôpital. Les prises en charge de long séjour sont individualisées et permettent des activités variées favorisant le maintien de l'autonomie des personnes âgées dans un environnement particulièrement soigné. Les prises en charge dans les secteurs de rééducation sont centrées sur le projet personnel du patient.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs
Commentaires HAS - Livret d'accueil : « Ce livret est mis à disposition du patient sans accompagnement organisé. De ce fait, les patients sont peu informés sur les modalités permettant de déclarer un évènement indésirable grave lié à leurs soins ou de porter réclamation ». Réponse CHM : « Depuis la fin de la fonction des aides hôtelières, on constate effectivement une diminution dans l'accompagnement du livret d'accueil par les services. L'accompagnement est assuré par l'AS lors de l'accueil du patient. Celui-ci est également remis aux usagers lors de leur passage à l'espace des usagers avec une information générale. Des animations sur les droits du patient sont organisées pour le grand public depuis 2020 lors des journées nationales sur la promotion en santé publique (directives anticipées, personne de confiance, accès au dossier médical). Commentaires HAS - Satisfaction patient : « Le dispositif e-satis permet la mesure de la satisfaction du patient mais il n'est pas retrouvé d'autres questionnaires sectoriels permettant un recueil plus détaillé de l'expérience patient ». Réponse CHM : Historiquement, le Centre Hospitalier du Mans dispose d'une forte culture de l'évaluation de la satisfaction des patients. La satisfaction des patients en service d'hospitalisation était en effet évaluée en continue, les services de consultations évalués deux fois par an, et des enquêtes spécifiques par secteurs (urgences, imagerie, chirurgie, …) ou par thématiques (dispositif d'annonce du cancer, prise en charge de l'allaitement maternel, …) étaient co-construites avec les services. Cependant, devant la dégradation des taux de retour des enquêtes, tombés à 5 % en 2019, et avec le déploiement d'e-satis, a été pris la décision, après avis de la CDU, d'arrêter les enquêtes systématiques au sein des services d'hospitalisation. En effet, le faible taux de retour ne permettait plus de faire des retours ciblés par équipes (résultats peu représentatifs) Egalement, les résultats de la satisfaction des patients retrouvés dans e-satis étaient équivalents aux résultats retrouvés dans les enquêtes de satisfaction internes. Toutefois, en parallèle, il reste maintenue la possibilité de mener des enquêtes de satisfaction spécifiques, co-construites entre les services et la Direction Qualité et Patients. Ainsi, les services de consultations, d'HDJ de médecine, de consultations de génétique, le centre de prélèvements du laboratoire, l'imagerie, ont bénéficié chacun d'une enquête de satisfaction entre 2021 et 2023, donnant lieu à des actions d'amélioration si nécessaire. Enfin, depuis 2023, le verbatim des résultats d'e-satis est exploité, et présenté aux pôles. Commentaires HAS - Visibilité des RU par les professionnels : « Les représentants des usagers et des associations de patients sont présents dans l'établissement mais les professionnels connaissent mal leur rôle et les moyens de les contacter. » Réponse CHM : Près d'une cinquantaine d'associations sont représentées au CHM. Les RU sont représentés au sein des instances dont le Directoire, le Conseil de Surveillance, la Commission de Soins Infirmiers et Médico-Techniques, et la Commission paramédicale du groupement. Ils sont invités à certaines CME. Ils participent à de nombreux comités et groupes de travail (Comité qualité, Comité éthique, Conseil des urgences, Comité d'activité Libérale, Coordination des vigilances et risques sanitaires, COPIL de l'espace des usagers et promotion de la santé publique, Comité de Lutte contre la Douleur, Groupe identito-vigilance, Groupe Droits des patients, Groupe Expérience Patient). Le président de la CDU est un représentant des usagers. Les RU interviennent ponctuellement au collège de

l’encadrement, à l’IFSI/IFAS
Ils ont, de mars à juin 2022, co-animés des ateliers célébrant les vingt ans de la loi Kouchner.
Un kit d’affichage présent dans tous les services permet aux professionnels d’orienter, en cas de besoin, les patients et leur entourage vers les RU.
Commentaire HAS - Expérience patient : « Le dispositif e-satis permet la mesure de la satisfaction du patient mais il n’est pas retrouvé d’autres questionnaires sectoriels permettant un recueil plus détaillé de l’expérience patient. » Réponse CHM : Historiquement, l’expérience patient est recueillie sous différentes formes au CHM, notamment jusqu’en 2019, tels qu’à travers les focus groupes (évaluation par les représentants usagers de la qualité de l’accueil – notamment hôtelier – en service d’hospitalisation), le shadowing, les visites de service avec un appel à volontaires. Depuis 2022, un véritable groupe « expérience patient » a été constitué au Centre Hospitalier du Mans, et s’inspire des réussites d’autres établissements pour organiser son action. Ce groupe s’est réuni à trois reprises en 2022 et deux fois en 2023. Les membres du groupe seront bientôt formés à l’expérience patient.
Un projet d’affiche portant sur la lutte contre les violences en milieu hospitalier constitue la première action du groupe (sur la base de l’expression des patients, mais aussi des professionnels, confrontés à ces situations).
Le second projet, plus fidèle à l’esprit de l’expérience patient, projette de faire intervenir des patients auprès des équipes pour relater le vécu de leur hospitalisation, à l’horizon 2024.
Il n’en demeure pas moins qu’un travail autour des PREM’S et PROM’S est initié.
Projet de naissance – Pas de commentaire HAS mais taux à 0 %.
Commentaire CHM : Le projet de naissance est recueilli oralement dès le début de la grossesse, un travail est en cours pour formaliser la démarche.

Réponse de la HAS
Accepter partiellement

Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.



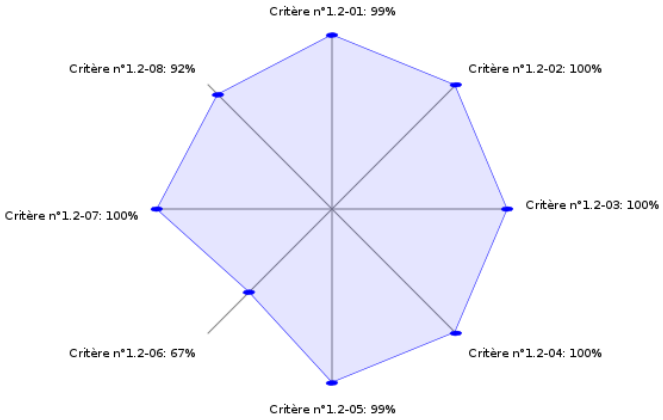
Score de l'objectif

85%

Critères		
1.1-01	Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques	94%
1.1-02	Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge	98%
1.1-03	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.1-04	L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé	97%
1.1-06	Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge	100%
1.1-07	Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse	0%
1.1-08	Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix	96%
1.1-09	Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits	100%
1.1-10	Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées	71%
1.1-11	Le patient est informé des produits sanguins labiles qui lui sont administrés	100%
1.1-12	En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge	83%
1.1-14	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	43%
1.1-15	Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs	83%

1.1-16	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile	61%
1.1-17	Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction	51%

Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



Score de l'objectif

95%

Critères		
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	99%
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.2-03	Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-04	Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour	100%
1.2-05	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant	99%
1.2-06	Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale	67%
1.2-07	Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité	100%
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	92%

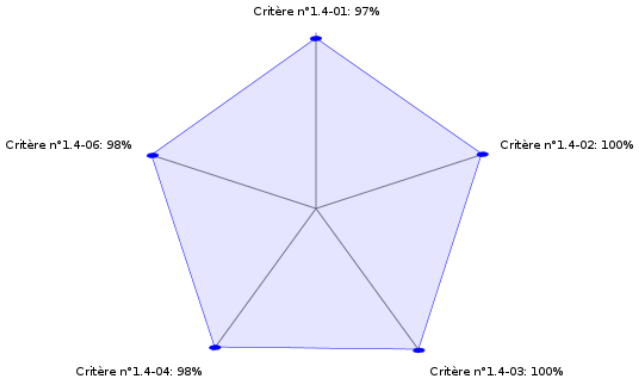
Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Score de l'objectif

100%

Critères		
1.3-01	Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins	100%
1.3-03	La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite	100%

Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge

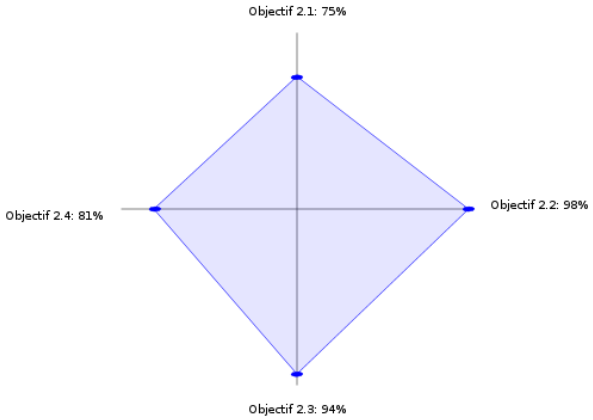


Score de l'objectif

99%

Critères		
1.4-01	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	97%
1.4-02	Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins	100%
1.4-03	Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation	100%
1.4-04	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	98%
1.4-06	Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie	98%

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre

87%

du score maximal

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	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	81%

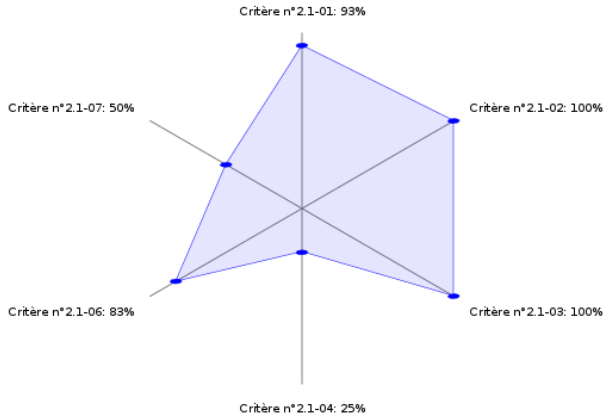
Au Centre Hospitalier du Mans (CHM), les décisions de prise en charge reposent sur la capacité des équipes à se concerter et à rechercher collectivement la solution la mieux adaptée à la situation du patient. La connaissance mutuelle entre les professionnels et la collaboration entre les disciplines hospitalières favorisent la fluidité des parcours mais l'on retrouve peu de staffs formalisés. Les prises en charge urgentes extrahospitalières sont régulées et réalisées de manière rigoureuse. Un dispositif de CREX mensuel et pluriprofessionnel permet l'amélioration continue de la régulation médicale. Une expérimentation d'équipe paramédicale mobile extrahospitalière (EPMU) permet de réduire les délais d'intervention des SMUR sur le territoire. L'adressage en interne vers les structures neurovasculaire et cardiovasculaire est opérationnel, l'adressage vers les structures de recours est organisé avec le CHU d'Angers. Les avis spécialisés sont accessibles pour les Urgences et l'articulation entre le service des Urgences et l'imagerie est fonctionnel, soit en interne soit par recours à la télé-imagerie. Les hospitalisations vers les services du CHM en court-séjour en SSR et en SLD sont argumentées. Une équipe d'ordonnancement organise les admissions et recherche la meilleure pertinence des hospitalisations en fonction du contexte et du lieu de vie des patients. En situation de saturation des lits, les règles d'hébergement sont définies et permettent la continuité de la prise en charge. Des commissions d'admission sont en place en SSR et SLD. Cependant le recours à l'hospitalisation à domicile est peu implanté dans les pratiques professionnelles. La pertinence des antibiothérapies est évaluée en partenariat entre les prescripteurs, les infectiologues et la pharmacie. La réévaluation des prescriptions d'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heures est retrouvée lors des traceurs mais sans alerte ni verrou informatique dans le dossier informatique. Le circuit des produits sanguins labiles est encadré et sécurisé dans les secteurs investigués La prise en charge aux services des urgences adulte repose sur une organisation structurée. L'accueil initial est réalisé H.24 par un infirmier formé, supervisé par un médecin d'accueil et d'orientation. La priorisation des urgences est réalisée après une évaluation avec une échelle de tri. Les éléments de la prise en charge intègrent directement le dossier

patient institutionnel mais l'information sur les délais d'attente n'est pas disponible pour les patients et pour leurs proches. Les locaux sont repartis entre une zone d'accueil, des circuits debout ou couché, des salles de déchocage, un espace de sortie et une UHCD. Ces locaux atteignent leurs limites capacitaires et imposent aux équipes de réaliser de nombreux déplacements de patients entre les salles de soins et un espace d'attente ouvert. Le service des urgences pédiatrique repose sur les mêmes principes généraux, mais dans des locaux récents et bien adaptés à la prise en charge des enfants. Le dossier patient informatisé permet d'assurer la continuité des soins, il est accessible pour les professionnels concernés par la prise en charge. L'ensemble des professionnels tracent leur activité, notamment les équipes transversales : diététique, rééducateur, service social. Cependant de nombreux supports « papier » sont encore utilisés notamment pour les transmissions ciblées. Les blocs opératoires et les secteurs interventionnels ont définis leur organisation dans une charte. La check-list de sécurité du patient est utilisée en chirurgie et sur les plateaux interventionnels. Les différents secteurs d'hospitalisation produisent soit une lettre de liaison à la sortie soit un compte rendu d'hospitalisation et une prescription de sortie. Ces éléments sont majoritairement transmis au médecin traitant par messagerie sécurisée dans un délai qui peut atteindre plusieurs jours. Le dispositif de gestion des risques et de vigilances sanitaires est opérationnel. Les équipes sont sensibilisées et actives afin de prévenir les erreurs d'identité. Les risques obstétricaux et transfusionnels sont maitrisés. L'iatrogénie médicamenteuse est prévenue par des prescriptions informatisées, par l'expression d'avis pharmaceutiques dans les secteurs priorisés, par une identification des médicaments à risques et par l'engagement dans la conciliation médicamenteuse pour les populations prioritaires. Les péremptions sont recherchées dans l'ensemble des secteurs mais les conditions de contrôles de température sont hétérogènes pour les médicaments thermosensibles : il subsiste de nombreux réfrigérateurs sans report d'alarme dont la sécurité repose sur un contrôle hebdomadaire des températures et le transport des produits thermosensibles entre le CHM et Charles Drouet est réalisé sans traceur de température. Enfin, la confrontation des traitements d'entrée et de sortie n'est pas systématiquement retrouvée sur la lettre de liaison. La gestion des dispositifs médicaux implantables est adaptée. Le risque infectieux est maitrisé par la mise en œuvre des précautions standards et complémentaires, par les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie et par l'implication de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Le circuit des déchets est fragilisé par un système de locaux intermédiaires parfois utilisés pour des stockages hôteliers ou pour le nettoyage et le séchage des instruments. Le transport des patients est centralisé et adapté aux besoins de l'établissement, les brancardiers et les ambulanciers sont formés au respect des patients, à l'hygiène hospitalière et à la gestion des urgences vitales. Ils disposent de matériels adaptés comme des brancards à assistance électrique. Un logiciel de demande de transport permet d'évaluer le volume d'activité et les délais de prise en charge permettant ainsi d'améliorer le dispositif. Les professionnels rencontrés déclarent les évènements indésirables liés aux soins (EILS) et connaissent la gestion de ces événements. Des actions d'évaluation des pratiques sont conduites à l'échelle de l'établissement, notamment des patients traceurs dans le cadre de la préparation de la certification, des revues de dossier par la coordination des prélèvements d'organes et de tissus, et des analyses de régulation au SAMU. Des RMM ou CREX sont retrouvés dans les secteurs d'activité à risques mais pas d'évaluation de la pertinence des antibiothérapies ou des transfusions et très peu de démarches d'évaluation des pratiques cliniques ou de mesure de l'expérience patient au sein des unités de soins.

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs
Commentaire HAS - Expérience patient : « […] très peu de démarches d'évaluation des pratiques cliniques ou de mesure de l'expérience patient au sein des unités de soins. » Réponse CHM : Historiquement, l'expérience patient est recueillie sous différentes formes au CHM, notamment jusqu'en 2019, tels qu'à travers les focus groupes (évaluation par les représentants usagers de la qualité de l'accueil – notamment hôtelier – en service d'hospitalisation), le shadowing, les visites de service avec un appel à volontaires. Depuis 2022, un véritable groupe « expérience patient » a été constitué au Centre Hospitalier du Mans, et s'inspire des réussites d'autres établissements pour organiser son action. Ce groupe s'est réuni à trois reprises en 2022 et deux fois en 2023. Les membres du groupe seront bientôt formés à l'expérience patient. Un projet d'affiche portant sur la lutte contre les violences en milieu hospitalier constitue la première action du groupe (sur la base de l'expression des patients, mais aussi des professionnels, confrontés à ces situations). Le second projet, plus fidèle à l'esprit de l'expérience patient, projette de faire intervenir des patients auprès des équipes pour relater le vécu de leur hospitalisation, à l'horizon 2024. Il n'en demeure pas moins qu'un travail autour des PREM'S et PROM'S est initié. Commentaire HAS - HAD : « Le recours à l'hospitalisation à domicile est peu implanté dans les pratiques professionnelles ». Réponse CHM : Le recours à l'HAD est régulier pour les spécialités de dermatologie, infectiologie, onco-hématologie. Il existe un groupe de travail entre le CHM et l'HAD départementale avec un projet de convention pour implanter une IDE de l'HAD aux urgences du CHM. Ce dispositif intervient après un travail de restructuration de l'HAD depuis quelques mois pour améliorer leur réactivité dans les sollicitations et faire un repérage plus précoce dès les urgences du CHM. La finalité est d'éviter les hospitalisations et un retour à domicile dans les 24h. L'HAD a rencontré tous les pôles du CHM entre février à juin 2023. Un point d'étape est prévu avec l'HAD en septembre 2023. Commentaire HAS - Conciliation médicamenteuse :« […] un début de conciliation médicamenteuse » Réponse CHM : Les pharmaciens du CHM sont engagés dans 3 projets de pharmacie clinique impliquant une conciliation médicamenteuse : Filière MUPA : Patients de plus de 75 ans venant aux urgences pour un motif non urgent. Conciliation d'entrée. Projet Octave soutenu par l'URPS de Bretagne et des Pays de la Loire : Sécurisation du parcours médicamenteux du patient de plus de 65 ans polymédicamenté ayant une chirurgie programmée : conciliation d'entrée et de sortie. CAP'SARTHE (projet GHT72) : Mise en place d'une cellule d'appui pharmaceutique pour assurer la continuité de la prise en charge des sujets âgés de plus de 75 ans hébergés en EHPAD ou en MAS : conciliation de sortie. Commentaires HAS - Médicaments Thermosensibles : « Les conditions de contrôles de température sont hétérogènes pour les médicaments thermosensibles : il subsiste de nombreux réfrigérateurs sans report d'alarme dont la sécurité repose sur un contrôle hebdomadaire des températures et le transport des produits thermosensibles entre le CHM et Charles Drouet est réalisé sans traceur de température ». Réponse CHM : La procédure de gestion des médicaments thermosensibles a été modifiée pendant la visite de certification pour acter et mettre en œuvre le contrôle quotidien des températures pour les enceintes non reliées à un enregistrement en continu des températures. Le déploiement de la gestion centralisée des températures est budgétisé et programmé suite à une rencontre avec les responsables des services techniques en juin 2023. Commentaire HAS - Circuit des déchets : « Le circuit des déchets est fragilisé par un système de locaux intermédiaires parfois utilisés pour des stockages hôteliers ou pour le nettoyage et le séchage des instruments. » Réponse CHM : Les bâtiments récents (Plantagenet, M Brès) bénéficient de locaux sales et propres bien séparés. Pour les services plus anciens comme au Fontenoy, les contraintes architecturales ne permettent pas d'avoir deux locaux séparés mais l'équipe de prévention des IAS a validé un circuit de marche en avant respectant les recommandations du « Guide de bonnes pratiques de traitement des dispositifs médicaux réutilisables de la SF2H – novembre 2022 ».

Réponse de la HAS
Accepter partiellement

Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe

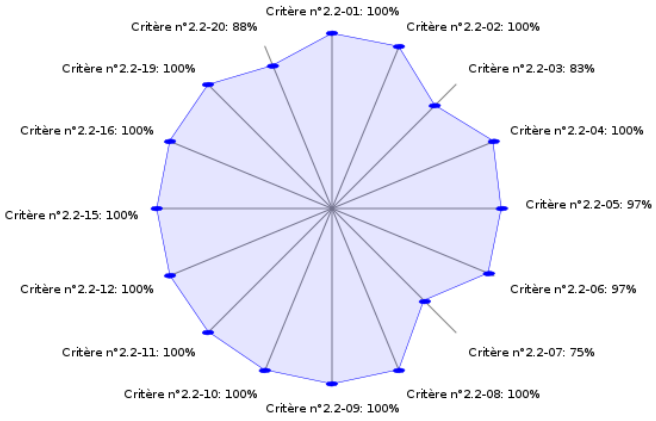


Score de l'objectif

75%

Critères		
2.1-01	La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe	93%
2.1-02	La pertinence de l'orientation du patient par le SAMU est argumentée avec l'équipe d'aval	100%
2.1-03	La pertinence de l'admission et du séjour en SSR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.1-04	En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.	25%
2.1-06	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	83%
2.1-07	La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée	50%

Objectif 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



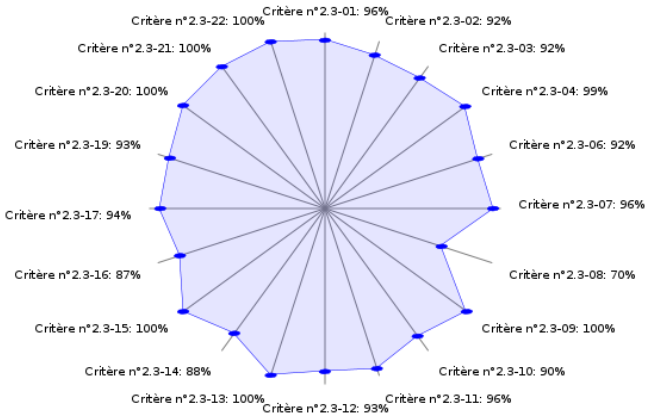
Score de l'objectif

98%

Critères		
2.2-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé bénéficie d'une régulation médicale	100%
2.2-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	100%
2.2-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	83%
2.2-04	L'équipe des urgences a accès au dossier du patient ayant déjà séjourné ou consulté dans l'établissement	100%
2.2-05	Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués	97%
2.2-06	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	97%
2.2-07	La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux	75%
2.2-08	Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité	100%
2.2-09	L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise	100%
2.2-10	Les acteurs de la programmation opératoire se coordonnent et tiennent compte de la priorisation des urgences	100%
2.2-11	Le secteur interventionnel et le secteur de soins échangent toutes les informations relatives au patient	100%
2.2-12	Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace	100%

2.2-15	En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient	100%
2.2-16	Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins	100%
2.2-19	Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie	100%
2.2-20	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant	88%

Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



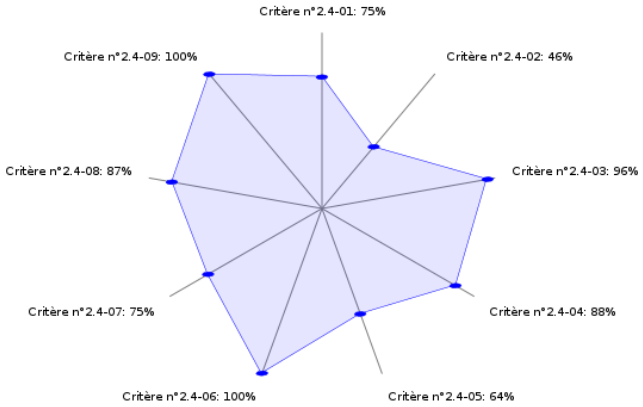
Score de l'objectif

94%

Critères		
2.3-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	96%
2.3-02	Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires	92%
2.3-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments	92%
2.3-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments	99%
2.3-06	Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque	92%
2.3-07	L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques	96%
2.3-08	Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie	70%
2.3-09	Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle	100%
2.3-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains	90%
2.3-11	Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires	96%
2.3-12	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	93%
2.3-13	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispostifs médicaux invasifs	100%
2.3-14	Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates	88%
	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent le risque infectieux en respectant les	

2.3-15	bonnes pratiques per-opératoires	100%
2.3-16	Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène	87%
2.3-17	Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé	94%
2.3-19	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants	93%
2.3-20	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)	100%
2.3-21	L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée	100%
2.3-22	Le transport des patients en intrahospitalier est maitrisé	100%

Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle

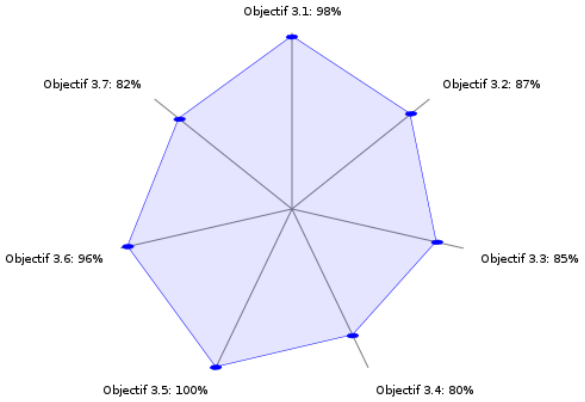


Score de l'objectif

81%

Critères		
2.4-01	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur l'analyse de leurs résultats cliniques.	75%
2.4-02	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur la satisfaction et l'expérience de leurs patients.	46%
2.4-03	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats d'indicateurs notamment des indicateurs qualité et sécurité des soins.	96%
2.4-04	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant les événements indésirables associés aux soins qu'elles ont déclarés.	88%
2.4-05	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	64%
2.4-06	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list.	100%
2.4-07	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.	75%
2.4-08	Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place	87%
2.4-09	Les activités de prélèvements et de greffes d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%

Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre

90%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	85%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	80%
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	96%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	82%

Le Centre hospitalier du Mans s'implique particulièrement afin de maintenir une offre de soins sur l'ensemble du département de la Sarthe dans un contexte de forte pénurie médicale hospitalière et ambulatoire. De nombreuses consultations avancées sont organisées dans les hôpitaux membres du GHT, un centre de cancérologie vient d'ouvrir en partenariat entre le CHM et un établissement privé, une feuille de route commune favorise la collaboration avec le Pôle de santé Sarthe et Loir, des équipes « EPMU » sont déployées sur l'ensemble du territoire et une « inter-CPTS » est en voie de constitution. Le Répertoire Opérationnel des Ressources est actualisé en continu pour les activités critiques. La cellule d'ordonnancement intègre progressivement les données relatives au capacitaire territorial. Une messagerie sécurisée est en place pour faciliter les liens avec la médecine ambulatoire. La qualité de la lettre de liaison est suivie dans le cadre d'une évaluation régulière cependant les objectifs ne sont pas atteints dans ce domaine. Des partenariats sont formalisés pour les filières de recours internes (neurovasculaire, cardiovasculaire, périnatalité, gériatrie…) et externe (santé mentale, neurochirurgie…). L'implication dans le prélèvement d'organes se traduit par une activité soutenue et le lancement d'activités nouvelles de prélèvements de tissus. La recherche clinique est promue en interne. Le CHM est associé au groupement HUGO organisant la recherche hospitalière dans l'ouest de la France. Le CHM prend en compte les problématiques d'accès aux soins tant pour les vulnérabilités sociales que pour l'accessibilité de ses locaux. Le recueil de l'expression du patient passe par le dispositif e-satis mais le questionnaire interne de sortie est suspendu et l'on retrouve peu d'initiatives dans le domaine du recueil de l'expérience patient. L'éducation

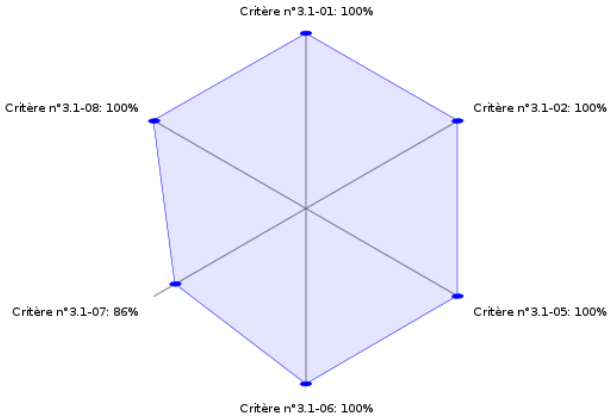
thérapeutique est principalement retrouvée en néphrologie et en endocrinologie mais sans développement de l'expertise patient. La promotion de la bientraitance et la lutte contre toutes les formes de maltraitance sont des priorités partagées entre le management et les professionnels mais sans identification d'une politique spécifique dans ce domaine. Les représentants des usagers (RU) sont associés à la vie institutionnelle, ils participent notamment au comité d'éthique et au conseil des urgences. Les RU sont écoutés et ils disposent de l'ensemble des informations utiles à l'exercice de leurs missions, notamment les plaintes et les évènements indésirables graves. Un projet des usagers est rédigé, il précise les priorités de la CDU pour la période 2022-2025, notamment l'implication dans le recueil de l'expérience patient et l'accompagnement des personnes et situation de handicap. La politique qualité et gestion des risques est définie. Elle est portée par la direction, par les Commissions médicales, soignantes et par les représentants des usagers. Un service qualité, sécurité des soins est actif pour l'avancée de la démarche mais l'on ne retrouve pas de suivi d'indicateurs relatifs à la qualité dans le dialogue de gestion avec les pôles ni de rapport d'activité du service qualité. Les priorités concrètes de la démarche sont peu connues des professionnels rencontrés notamment des équipes de nuit et la culture qualité n'a pas été évaluée formellement. Les évènements indésirables graves sont identifiés, ils font l'objet d'une analyse approfondie des causes lorsqu'ils sont déclarés à l'ARS, s'il reste en interne, l'analyse repose sur les responsables des secteurs d'activité sans appui méthodologique. L'établissement s'assure des compétences des professionnels et organise les remplacements et prises de poste. Une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail est en place, elle se traduit par des actions de formation nombreuses et des initiatives favorisant le bien être des professionnels. La gestion des situations sanitaires exceptionnelles permet de répondre aux tensions hospitalières et aux situations de crise. Les urgences vitales sont organisées, un numéro d'appel unique permet l'intervention d'une équipe de recours, les chariots d'urgences sont normalisés et contrôlés, des formations flash par simulation sont organisées cependant de nombreux professionnels ne sont plus à jour de leur formation AFGSU. L'accès aux recommandations de bonnes pratiques est facilité. Les documents de référence interne ou externe sont accessibles par la gestion électronique des documents. L'évaluation des résultats de la politique qualité repose sur le suivi des IQSS et des patients traceurs dont les résultats sont communiqués aux équipes. Cependant, on retrouve peu de démarches d'évaluation de la pertinence des pratiques ou des hospitalisations. 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 du respect de l'intimité du patient aux urgences Adulte Développer l'analyse de la pertinence des prescriptions de PSL Systématiser l'évaluation des résultats cliniques Recenser les cas de maltraitance dans le PMSI et évaluer le dispositif de repérage des situations de maltraitance Développer l'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins Proposer aux équipes des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences Communiquer sur les priorités concrètes de la Démarche Qualité auprès des professionnels notamment des équipes de nuit

Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs
Usagers Commentaires HAS - Satisfaction patient et expérience patient : « Le recueil de l'expression du patient passe par le dispositif e-satis mais le questionnaire interne de sortie est suspendu et l'on retrouve peu d'initiatives dans le domaine du recueil de l'expérience patient » Réponse CHM – Questionnaires de satisfaction : Historiquement, le Centre Hospitalier du Mans dispose d'une forte culture de l'évaluation de la satisfaction des patients. La satisfaction des patients en service d'hospitalisation était en effet évaluée en continue, les services de consultations évalués deux fois par an, et des enquêtes spécifiques par secteurs (urgences, imagerie, chirurgie, …) ou par thématiques (dispositif d'annonce du cancer, prise en charge de l'allaitement maternel, …) étaient co-construites avec les services. Cependant, devant la dégradation des taux de retour des enquêtes, tombés à 5 % en 2019, et avec le déploiement d'e-satis, a été pris la décision, après avis de la CDU, d'arrêter les enquêtes systématiques au sein des services d'hospitalisation.

En effet, le faible taux de retour ne permettait plus de faire des retours ciblés par équipes (résultats peu représentatifs) Egalement, les résultats de la satisfaction des patients retrouvés dans e-satis étaient équivalents aux résultats retrouvés dans les enquêtes de satisfaction internes. Toutefois, en parallèle, il reste maintenue la possibilité de mener des enquêtes de satisfaction spécifiques, co-construites entre les services et la Direction Qualité et Patients. Ainsi, les services de consultations, d'HDJ de médecine, de consultations de génétique, le centre de prélèvements du laboratoire, l'imagerie, ont bénéficié d'une enquête de satisfaction depuis 2021, donnant lieu à des actions d'amélioration si nécessaire.
Enfin, depuis 2023, le verbatim des résultats d'e-satis est exploité, et présenté aux pôles.
Réponse CHM – Expérience patient : Historiquement, l'expérience patient est recueillie sous différentes formes au CHM, notamment jusqu'en 2019, tels qu'à travers les focus groupes (évaluation par les représentants usagers de la qualité de l'accueil – notamment hôtelier – en service d'hospitalisation), le shadowing, les visites de service avec un appel à volontaires.
Depuis 2022, un véritable groupe « expérience patient » a été constitué au Centre Hospitalier du Mans, et s'inspire des réussites d'autres établissements pour organiser son action. Ce groupe s'est réuni à trois reprises en 2022 et deux fois en 2023. Les membres du groupe seront bientôt formés à l'expérience patient.
Un projet d'affiche portant sur la lutte contre les violences en milieu hospitalier constitue la première action du groupe (sur la base de l'expression des patients, mais aussi des professionnels, confrontés à ces situations).
Le second projet, plus fidèle à l'esprit de l'expérience patient, projette de faire intervenir des patients auprès des équipes pour relater le vécu de leur hospitalisation, à l'horizon 2024.
Il n'en demeure pas moins qu'un travail autour des PREM'S et PROM'S est initié.
Commentaire HAS - Indicateur Qualité – Dialogue de Gestion « Un service qualité, sécurité des soins est actif pour l'avancée de la démarche, mais l'on ne retrouve pas de suivi d'indicateurs relatifs à la qualité dans le dialogue de gestion avec les pôles ni de rapport d'activité du service qualité ».
Réponse CHM : Des objectifs qualité sont proposés et définis par les pôles lors des dialogues de gestion initiaux. Ainsi, on retrouve pour chaque pôle, des cibles à atteindre en terme de qualité des soins, issus des orientations institutionnelles. Il semble toutefois que les documents mis à disposition des experts visiteurs pour attester de cette démarche, lors de la visite de la certification, ne soient pas les bons, ne leur permettant pas d'apprécier la démarche d'amélioration impulsée par les pôles en lien avec la DQP. Nous tenons à disposition les documents comme éléments de preuve, sur demande.
Qualité - GDR
Commentaire HAS - Accompagnement Qualité sur analyse des EI : « Les évènements indésirables graves sont identifiés, ils font l'objet d'une analyse approfondie des causes lorsqu'ils sont déclarés à l'ARS, s'il reste en interne, l'analyse repose sur les responsables des secteurs d'activité sans appui méthodologique ».
Réponse CHM - Une formation en interne à l'analyse ORION est proposée au plan de formation du CHM ainsi qu'un accompagnement de la Direction Qualité et Patients (DQP) pour les RMM.
Parallèlement, toutes les analyses des EIG déclarés à l'ARS sont animées par la DQP. Concernant les EI non déclarés à l'ARS, l'apport méthodologique de la DQP se fait selon les besoins des services sur sollicitation.
Un accompagnement des CREX de service est proposé par la DQP et un appui méthodologique est sollicité lorsque cela est nécessaire.

Réponse de la HAS
Accepter

Objectif 3.1 : L’établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire

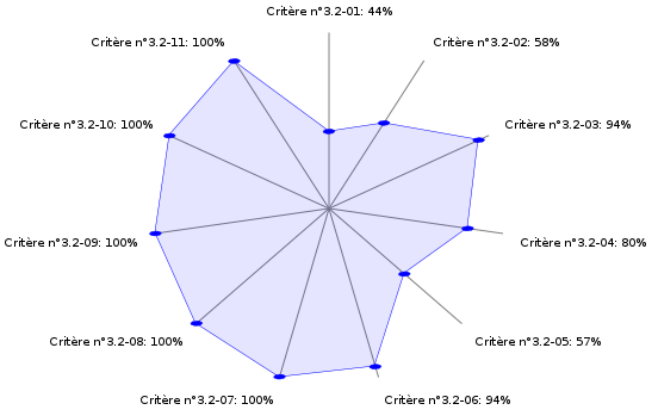


Score de l’objectif

98%

Critères		
3.1-01	L’établissement participe aux projets territoriaux de parcours.	100%
3.1-02	L’établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d’activités de recours	100%
3.1-05	Pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l’établissement a mis en place des modalités de prise en charge rapide	100%
3.1-06	L’établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales	100%
3.1-07	Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l’établissement aisément	86%
3.1-08	L’établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d’autres acteurs du territoire	100%

Objectif 3.2 : L’établissement favorise l’engagement des patients individuellement et collectivement

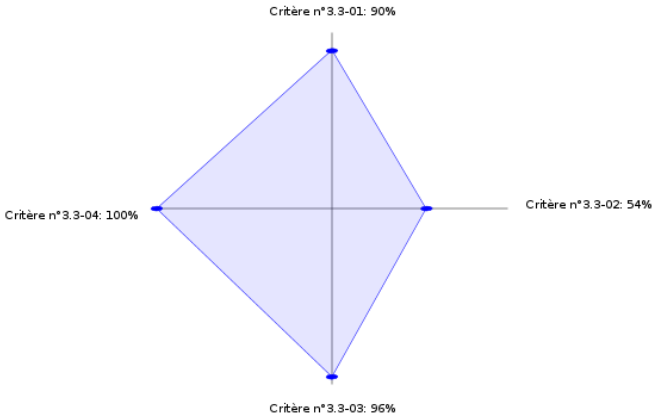


Score de l’objectif

87%

Critères		
3.2-01	L’établissement promeut toutes les formes de recueil de l’expression du patient	44%
3.2-02	L’établissement mobilise les actions d’expertise des patients	58%
3.2-03	L’établissement a une communication centrée sur le patient	94%
3.2-04	L’établissement veille à la bientraitance	80%
3.2-05	L’établissement participe au repérage et à la prise en charge des maltraitances éventuelles subies par les patients.	57%
3.2-06	L’établissement lutte contre la maltraitance en son sein	94%
3.2-07	L’établissement assure l’accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap	100%
3.2-08	L’établissement favorise l’accès aux soins des personnes vulnérables, qu’il dispose ou non de missions spécifiques en la matière	100%
3.2-09	L’établissement est organisé pour permettre au patient d’accéder à son dossier	100%
3.2-10	L’établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l’accès aux innovations pour les patients	100%
3.2-11	L’établissement implique des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l’établissement, dans les instances et dans la vie de l’établissement	100%

Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership



Score de l'objectif

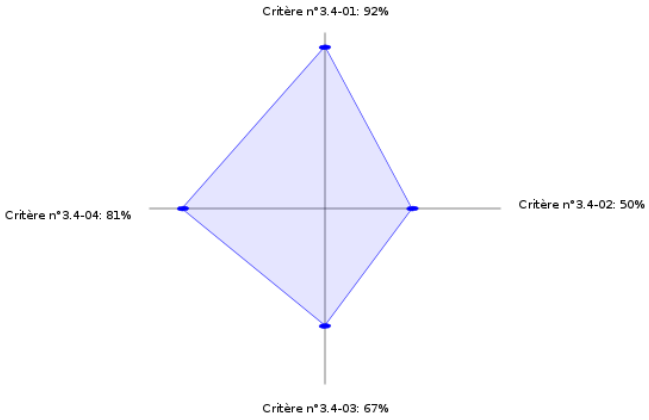
85%

Critères		
3.3-01	La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins	90%
3.3-02	L'établissement soutient une culture de sécurité des soins	54%
3.3-03	La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	96%
3.3-04	Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management	100%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-127028

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.3-01

Objectif 3.4 : L’établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de l’objectif

80%

Critères		
3.4-01	La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe	92%
3.4-02	La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d’amélioration du travail en équipe	50%
3.4-03	Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées	67%
3.4-04	L’établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l’ensemble des acteurs	81%

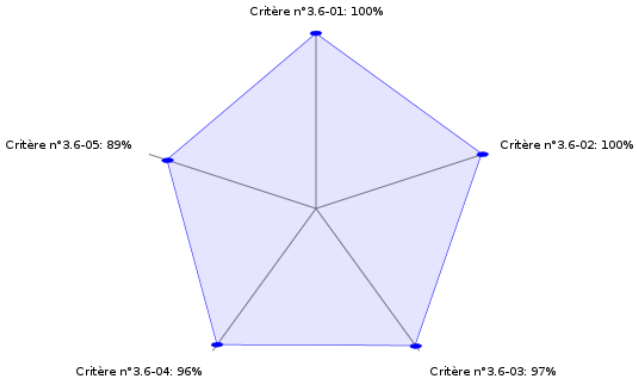
Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Score de l'objectif

100%

Critères		
3.5-01	La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)	100%
3.5-02	La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits	100%

Objectif 3.6 : L’établissement dispose d’une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté

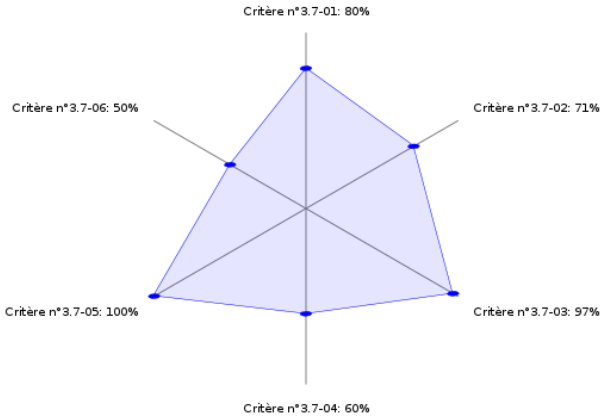


Score de l’objectif

96%

Critères		
3.6-01	La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.6-02	Les risques numériques sont maitrisés	100%
3.6-03	La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée	97%
3.6-04	Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés	96%
3.6-05	La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l’enceinte de l’établissement	89%

Objectif 3.7 : L’établissement développe une dynamique d’amélioration continue de la qualité des soins



Score de l’objectif

82%

Critères		
3.7-01	La gouvernance mobilise ses équipes dans la maitrise des bonnes pratiques	80%
3.7-02	L’établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d’amélioration de la qualité	71%
3.7-03	L’établissement analyse, exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins	97%
3.7-04	L’établissement analyse, exploite et communique la survenue d’évènements indésirables liées aux soins.	60%
3.7-05	L’établissement siège d’un service d’accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d’une filière de prise en charge de l’urgence améliore l’organisation en aval des urgences pour assurer un parcours intra-hospitalier de qualité en toute sécurité	100%
3.7-06	L’accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l’établissement	50%

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-126050

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.7-03

Numéro de la fiche anomalie : ANOM-125016

Critère concerné par la fiche anomalie : 3.7-03

Table des Annexes

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
Annexe 3. Programme de visite
Annexe 4. Fiches Anomalies
Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	720000025	CENTRE HOSPITALIER DU MANS	194 avenue rubillard 72037 Le Mans FRANCE
Établissement principal	720000033	CENTRE HOSPITALIER DU MANS	194 avenue rubillard 72037 Le Mans Cedex
Établissement géographique	720014422	USLD CH DU MANS	194 avenue rubillard 72037 Le Mans FRANCE
Établissement géographique	720005909	USLD CH DROUET CENTRE HOSPITALIER DU MANS	4 rue f. cevert Bp 18 72700 ALLONNES Cedex FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

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	Oui
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Oui
Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Oui
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
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	Oui
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	10,632
Nombre de passages aux urgences générales	61,010
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	31,497
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	168,920
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	654
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	152

Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	82
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	32
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	43
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	10
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	29,379
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	68
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	14
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	60
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	22
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	90
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	190
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	15
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)	25
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	5
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	Entretien Professionnel		
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète	

			Médecine	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée Médecine	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
12	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
	Patient		Tout l'établissement	

15	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
18	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
20	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte	

			Ambulatoire Médecine	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
23	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
24	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable Chimiothérapie
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte	

			Hospitalisation complète Soins critiques	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
28	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine	
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine	

30	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Pas de situation particulière Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Maternité	
31	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
32	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per opératoire
33	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport patient assis
34	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences - SAMU/ SMUR
35	Audit système	Dynamique d'amélioration		
36	Audit système	QVT & Travail en équipe		
37	Audit système	Entretien Professionnel		
38	Audit système	Entretien Professionnel		

39	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Maternité	
42	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap	

44			Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
45	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Adulte Ambulatoire Médecine	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
47	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des évènements indésirables graves
48	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Gestion des évènements indésirables graves
49	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
50	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins critiques	
51	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie Dispositif médical réutilisable
52	Traceur ciblé			Médicament à risque PO /IV

53	Audit système			
54	Traceur ciblé			Gestion des produits sanguins labiles
55	Audit système			
56	Audit système			
57	Audit système			
58	Audit système			
59	Audit système			
60	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
61	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
62	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
63	Audit système			

64	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Pas de situation particulière Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
65	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins critiques	
66	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
67	Traceur ciblé			Transport patient couché
68	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Médecine	
69	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé	

			Hospitalisation complète Soins de longue durée	
70	Audit système			
71	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
72	Traceur ciblé			Médicament à risque et ATB PO/IV
73	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins critiques	
74	Audit système			
75	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Médecine	
76	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte	

			Hospitalisation complète Maternité	
77	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation Soins critiques Médecine	
78	Traceur ciblé			Antibiotique PO /IV
79	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie avec acte invasif

Annexe 4. Fiches Anomalies

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-126050	05 July, 2023	3.7	Parcours traceur
Expert-visiteur	**Grille**	**Critère**	**Sous-méthode**
David VEILLARD	GRIX-156910	3.7-03	

Anomalies observées

Expert visiteur:

Les résultats et les actions d'amélioration des pratiques et des organisations suite aux campagnes des IQSS ne sont pas connus des professionnels (en neurologie comme en SSR).
Il n'existe pas de recueil de la satisfaction des patients et de leur entourage, au delà de la campagne e satis.

Observations établissement:

-L'ensemble de la gouvernance et du management de proximité déploient les efforts nécessaires à la déclinaison, au sein des services, pour faire connaitre et mettre en œuvre les actions issues des résultats des IQSS, de la politique qualité et du programme d'action qualité et sécurité des soins.

Néanmoins, l'absence d'appropriation totale de ces éléments par l'ensemble de la communauté médico-soignante ne peut être contestée, et doit donner lieu – au niveau des unités – à une déclinaison opérationnelle de ces actions en projet qualité par service.

Plus spécifiquement, pour les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) sont recueillis par les membres de la Direction Qualité et Patients, avec le soutien ponctuel mais récurrent des praticiens hospitaliers des services MCO et SSR.

A l'issue de ce recueil et des résultats obtenus, les IQSS et le plan d'action attenant, font systématiquement l'objet d'une présentation au sein des instances et des comités compétents, ainsi qu'une mise à disposition sur l'intranet du CHM.

Ainsi, en 2023, le IQSS 2022 ont été présentés :

- En Comité qualité le 2 mars 2023
- En CSIRMT le 16 mars 2023
- En Directoire le 16 mars 2023
- En réunion de Cadres supérieurs de santé le 23 mars 2023
- En réunion de Cadres de santé le 23 mars 2023
- En CDU le 4 avril 2023
- En CME le 30 mai 2023

-Concernant le recueil de la satisfaction, une réorganisation doit intervenir afin de redéployer au niveau de l'établissement, les enquêtes de satisfaction par service, en systématique. Toutefois, depuis 2021, il reste maintenue la possibilité de mener des enquêtes de satisfaction spécifiques, co-construites entre les services et la Direction Qualité et Patients. Ainsi, les services de consultations, d'HDJ de médecine, de consultations de génétique, le centre de prélèvements du laboratoire, l'imagerie, ont bénéficié chacun d'une enquête de satisfaction, entre 2021 et 2023, donnant lieu à des actions d'amélioration si nécessaire.

Réponse HAS:

Le constat est partagé entre l'établissement et les experts visiteurs

Accepter

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Les constats lors de ce parcours et conduisant à la cette fiche anomalie mettent en évidence les marges d'amélioration de l'établissement et de ses équipes en termes de culture de la qualité et la sécurité des soins.

Connaissance de l’anomalie et des risques qu’elle génère par l’établissement

L’établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ? Oui	Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l’anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ? La politique qualité et sécurité des soins validées il y a quelques mois engage l'établissement et ses professionnels dans la voie de la mobilisation de la structuration du partenariat avec les patients pour l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins via particulièrement l'un des 4 axes de ce programme, intitulé "engager et respecter le patient".
L’ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d’amélioration la plus à même d’agir efficacement sur la cause ? Oui l'établissement a identifié les causes de cette anomalie et met en place un dispositif (cf politique et programme qualité et sécurité des soins) pour y répondre.	Des actions sont-elles inscrites dans un programme d’action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l’anomalie ? Cet axe du programme qualité et sécurité des soins comprend plusieurs actions dont l'engagement est au stade de démarrage : - Développer l’expérience patient en impliquant les représentants d’usagers : outil PREM’S, PROM’S, Faire-dire, Formation par simulation, Patient traceur, témoignage patient -Impliquer des patients et des leurs représentants dans les orientations prises par les services, notamment via la mise en avant de patients « ressources » par pathologie - Mesurer la satisfaction des patients et diffuser les conclusions aux équipes -Associer les représentants d’usagers aux comités instances et décisions de l’établissement via notamment une représentation au Directoire - Confier aux représentants d’usagers la présidence de la commission des Usagers du CHM et des Commissions administratives paritaires départementales Ces actions s'appuient, notamment, sur un groupe "expérience patient" qui n'est pas actif à ce jour.
Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s’assurer de l’efficacité des actions ? A ce stade aucune évaluation ou suivi de l'efficacité des actions n'a été engagée	Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque Ces actions n'étant pas ou peu engagées elles n'ont pas pu montrer à ce jour leur efficacité, ce constat conduisant aux résultats de l'évaluation par l'équipe d'EV

Observations établissement:

Pas d'observation

Réponse HAS:

Le constat est partagé entre l'établissement et les experts visiteurs.

Accepter

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Cette fiche anomalie met en evidence la difficulté à laquelle l'établissement est confronté pour mobiliser l'ensemble de son personnel dans la demarche de maitrise des risques. Les IQSS sont recueillis et communiqués dans les instances et auprès des professionnels principalement par affichage. Les cadres et responsables médicaux des services sont sensibilisés. Il en résulte des résultats en amelioration constante. Cette fiche anomalie est à contextualisé avec un résultat global du critère 3.7-03 à 98,44% et un résultat pour l'élément d'évaluation déclencheur à 92,31%.

Observations établissement:

Pas d'observation

Réponse HAS:

Le constat est partagé entre l'établissement et les experts visiteurs.

Accepter

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-125016	04 July, 2023	3.7	Parcours traceur
Expert-visiteur	**Grille**	**Critère**	**Sous-méthode**
Sandrine NGUYEN	GRIX-156919	3.7-03	

Anomalies observées

Expert visiteur:

L'équipe ne connait pas les indicateurs qualité et sécurité des soins, les actions mises en place ne sont pas connus des équipes

Observations établissement:

L'ensemble de la gouvernance et du management de proximité déploient les efforts nécessaires à la déclinaison, au sein des services, pour faire connaitre et mettre en œuvre les actions issues des résultats des IQSS, de la politique qualité et du programme d'action qualité et sécurité des soins.

Néanmoins, l'absence d'appropriation totale de ces éléments par l'ensemble de la communauté médico-soignante ne peut être contestée, et doit donner lieu – au niveau des unités – à une déclinaison opérationnelle de ces actions en projet qualité par service.

Plus spécifiquement, pour les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS) sont recueillis par les membres de la Direction Qualité et Patients, avec le soutien ponctuel mais récurrent des praticiens hospitaliers des services MCO et SSR.

A l'issue de ce recueil et des résultats obtenus, les IQSS et le plan d'action attenant, font systématiquement l'objet d'une présentation au sein des instances et des comités compétents, ainsi qu'une mise à disposition sur l'intranet du CHM.

Ainsi, en 2023, le IQSS 2022 ont été présentés :

- En Comité qualité le 2 mars 2023
- En CSIRMT le 16 mars 2023
- En Directoire le 16 mars 2023
- En réunion de Cadres supérieurs de santé le 23 mars 2023
- En réunion de Cadres de santé le 23 mars 2023
- En CDU le 4 avril 2023
- En CME le 30 mai 2023

Réponse HAS:

Le constat est partagé entre l'etablissement et les experts visiteurs.

Accepter

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Cf ANOM 12650

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?

Cf ANOM 12650

Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?

Cf ANOM 12650

L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?

Cf ANOM 12650

Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?

Cf ANOM 12650

Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement

réalisés pour s’assurer de l’efficacité des actions ? Cf ANOM 12650	fréquence et/ou la gravité du risque Cf ANOM 12650

Observations établissement:

Pas d'observation

Réponse HAS:

L'établissement n'a pas formulé d'observations.

Accepter

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Cf ANOM 12650

Observations établissement:

Pas d'observation

Réponse HAS:

L'établissement n'a pas formulé d'observations.

Accepter

Informations générales

Case ID	Date de création	Objectif	Méthode
ANOM-127028	06 July, 2023	3.3	Audit système
Expert-visiteur	**Grille**	**Critère**	**Sous-méthode**
Myriam PETIT	GRIX-156948	3.3-01	Entretien Professionnel

Anomalies observées

Expert visiteur:

Secteur pédiatrie
Les professionnels n'ont pas connaissance du programme qualité ni des actions en découlant.
Aucune action concrète ne peut être citée par les professionnels rencontrés.

Observations établissement:

L'ensemble de la gouvernance et du management de proximité déploient les efforts nécessaires, au sein des services, pour faire connaitre et mettre en œuvre la politique qualité et le programme d'action qualité et sécurité des soins, ainsi que les actions issues des résultats des IQSS.

Néanmoins, l'absence d'appropriation totale de ces éléments par l'ensemble de la communauté médico-soignante ne peut être contestée, et doit donner lieu – au niveau des unités – à une déclinaison opérationnelle de ces actions en projet qualité par service.

Réponse HAS:

Le constat est partagé entre l'établissement et les experts visiteurs.

Accepter

Risques générés par l'anomalie

Expert visiteur:

Risques générés par l'anomalie :

Professionnels non contributifs à la sécurité des soins. Un déficit de culture sécurité des équipes de nuit impacte les organisations de soins, la dynamique collective d'amélioration des pratiques, la qualité du travail en équipe par méconnaissance des projets en cours.

Connaissance de l'anomalie et des risques qu'elle génère par l'établissement

L'établissement a-t-il connaissance de cette anomalie ?	Existe-t-il des dispositifs de maîtrise du risque généré par l'anomalie (formation, sensibilisation, procédure, etc.) ?
Oui, l'établissement a conscience des difficultés pour diffuser la culture qualité et sécurité auprès de l'ensemble des professionnels notamment des equipes de nuit	Oui. Sensibilisation des équipes avec affichage du plan qualité, feuille de route, indicateurs qualités diffusés et partagés en équipe à l'échelle de l'unité de soins dans l'équipe. Plan qualité accessible par l'ensemble des professionnels Implication des professionnels dans des groupes de travail qualité.
L'ES a-t-il analysé les causes de cette anomalie pour choisir la ou les action(s) d'amélioration la plus à même d'agir efficacement sur la cause ?	Des actions sont-elles inscrites dans un programme d'action avec un pilote et des échéances ? Si oui, lesquelles ? Les échéances sont-elles cohérentes au regard du risque généré par l'anomalie ?
Oui	La politique qualité et sécurité des soins 2022-2026 a été construite autour de quatre grands axes : Veiller à

	la pertinence de nos pratiques ? Oser apprendre de nos erreurs ? Travailler en équipe ? Impliquer et respecter le patient L'action "Renforcer la connaissance des professionnels sur les orientations et la politique qualité sécurité des soins du CHM" est identifié comme action à mettre en œuvre dans l'axe 3
Des évaluations et/ou un suivi sont-ils régulièrement réalisés pour s’assurer de l’efficacité des actions ? A ce stade, il n'a pas été réalisé de mesure de la culture qualité des professionnels depuis 2020	Les actions sont-elles efficaces pour réduire la fréquence et/ou la gravité du risque A déterminer après la réalisation de l'atteinte de l'objectif et de l'action décrite, .

Observations établissement:

Plus spécifiquement, concernant la mesure de la culture de sécurité des professionnels, une évaluation a été réalisée en 2020 à l’échelle de l’établissement. Ce type d’évaluation sera renouvelée prochainement, en lien avec la nouvelle politique qualité et sécurité des soins du CHM. Enfin, un e-learning de préparation à la Certification a été mis en place d’octobre 2022 à Janvier 2023, et a permis une acculturation des professionnels (2517 participants) aux thématiques de sécurité les plus fondamentales.

Réponse HAS:

Le constat est partagé entre l'établissement et les experts visiteurs. Précision apportée sur l'enquete "culture qualité" de 2020.

Accepter

Analyse coordonnateur

Coordonnateur:

Cette fiche anomalie met en evidence l'éloignement relatif entre les professionnels de nuit et la dynamique générale de l'établissement. Certain des professionnels audités dans le cadre des entretiens de nuit ont peu de contact avec les equipes de jour et se mobilisent moins pour les priorités qualité institutionnelles. Cette fiche anomalie doit être contextualisée avec un résultat à 96% pour le critère 3.3-1 et à 80% pour l'ee-04.

Observations établissement:

Pas d'observation

Réponse HAS:

Le constat est partagé entre l'établissement et les experts visiteurs.

Accepter

Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

Qualité de la lettre de liaison à la sortie après chirurgie ambulatoire (CA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=25 Intervalle de confiance=19-32 Evolution=NA)

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=93 Intervalle de confiance=84-98 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=18 Intervalle de confiance=11-25 Evolution=NA)

Evaluation et prise en charge de la douleur (DPA_SMR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=98 Intervalle de confiance=91-99 Evolution=NA)

Projet de soins, projet de vie en SMR (DPA_SMR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	A (Valeur=88 Intervalle de confiance=85-90 Evolution=NA)

Qualité de la lettre de liaison à la sortie (DPA_SMR)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=31 Intervalle de confiance=22-39 Evolution=NA)

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=70.8 (N=422) Evolution=NC)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés + 48h en MCO (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=70.94 (N=437))

e-Satis48h : score brut de la dimension accueil (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=71.94 (N=437))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=70.97 (N=437))

e-Satis48h : score brut de la dimension chambre et repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=65.57 (N=437))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.37 (N=436))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge infirmière/aide-soignant (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.73 (N=435))

e-Satis48h : score brut de la dimension prise en charge médecin/chirurgien (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=76.8 (N=435))

e-Satis48h : score brut de la dimension repas (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=54.63 (N=432))

e-Satis48h : score brut de la dimension sortie (satisfaction_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=60.45 (N=437))

Score ajusté de Satisfaction globale des patients hospitalisésen chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	B (Valeur=78.32 (N=175) Evolution=NA)

Score brut de satisfaction globale des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=78.26 (N=179))

e-SatisCA : score brut de la dimension accueil du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=80.54 (N=179))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation avant l'hospitalisation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=82.4 (N=179))

e-SatisCA : score brut de la dimension chambre et collation (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=70.41 (N=179))

e-SatisCA : score brut de la dimension organisation de la sortie et retour à domicile (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=74.2 (N=179))

e-SatisCA : score brut de la dimension prise en charge du patient (satisfaction_CA)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	Non diffusé (Valeur=82.46 (N=179))

Ratio standardisé du nombre de TVP et/ou d'EP* observé sur attendu après une pose de prothèse totale de hanche (PTH) (hors fracture) ou de genou (PTG).*TVP: thrombose veineuse profonde- EP: embolie pulmonaire (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	0.58 (N=662 Résultat non statistiquement différent de la référence)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTG (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	6.83‰ (N_ptg=293)

Taux brut de TVP et/ou EP observé pour 1000 séjours de PTH (ETE_MCO)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	2.71‰ (N_pth=369)

Consommation de produits hydro-alcooliques version 3 (Bilan_IAS)

Valeurs par site

Structure	Année	Valeur
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	12/31/18 11:11 PM	C (Valeur=67)

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Novembre 2023