



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CENTRE HOSPITALIER DE BROCELIANDE**

33 Rue Saint Nicolas  
CS 96211  
35160 Montfort Sur Meu



Validé par la HAS en Juillet 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Juillet 2022

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	15
Table des Annexes	17
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	18
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	19
Annexe 3. Programme de visite	20

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE BROCELIANDE	
Adresse	33 Rue Saint Nicolas CS 96211 35160 Montfort Sur Meu FRANCE
Département / Région	Ille-et-Vilaine / Bretagne
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	350055166	CENTRE HOSPITALIER DE BROCELIANDE	33 Rue Saint Nicolas CS96211 35160 MONTFORT SUR MEU FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

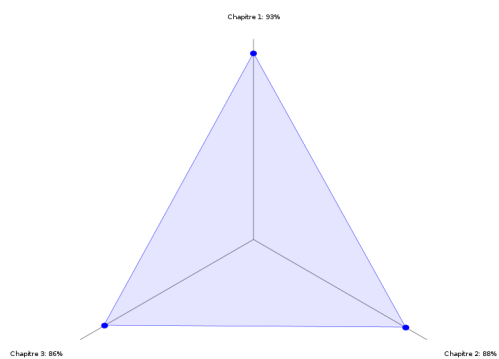
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

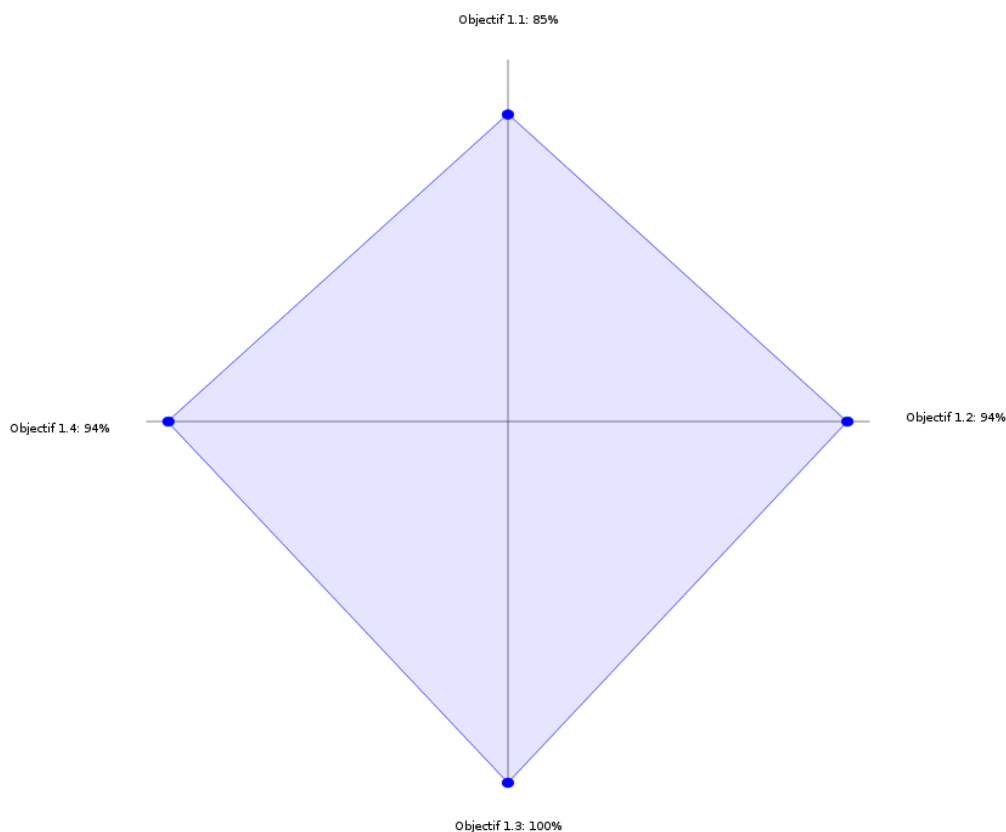
Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

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

# Résultats



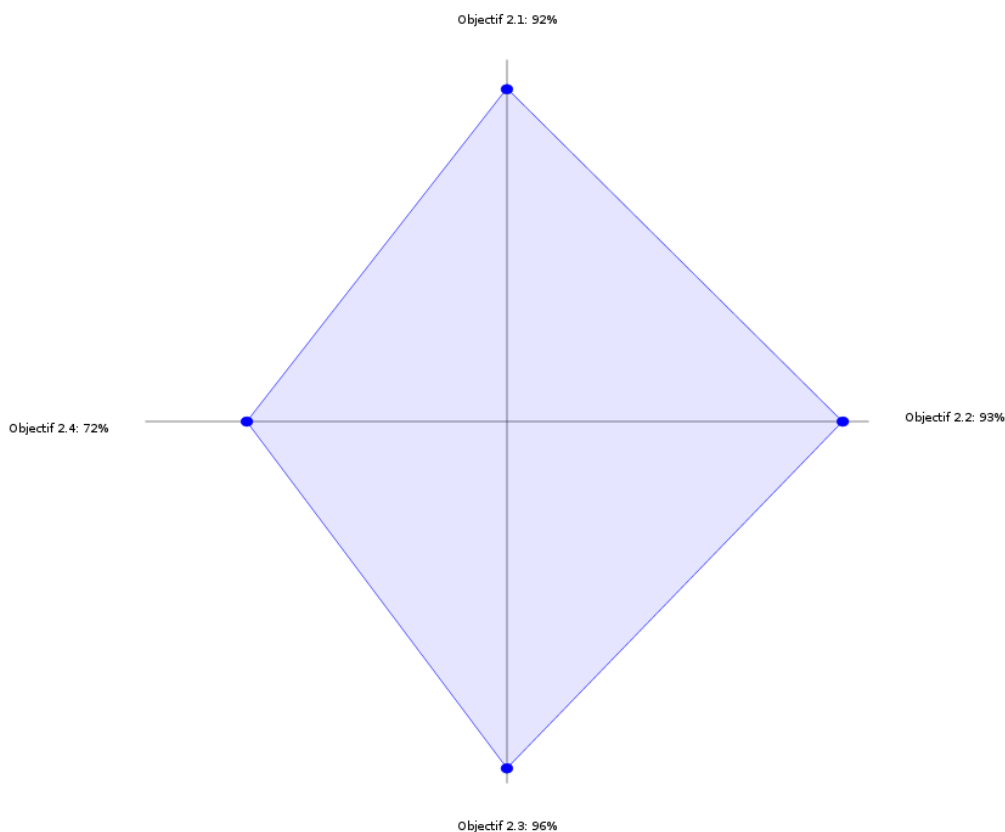
# Chapitre 1 : Le patient



Le Centre Hospitalier (CH) de Brocéliande a été créé le 1/01/2022 par la fusion des Centres Hospitaliers de Montfort sur Meu et de Saint Méen Le Grand. Il est intégré au Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Haute Bretagne. Sur le site de Montfort sur Meu, se trouvent des lits de Médecine comprenant des lits de soins palliatifs, des lits de soins de longue durée, des lits de SSR pour personnes âgées polyopathologiques et des lits dédiés aux personnes en état végétatif chronique ou pauci relationnel (EVC-EPR). Sur le site de Saint Méen le Grand, au moment de la visite des experts, du fait de l'absence du médecin responsable, le secteur SSR a été réduit au secteur spécifique autorisé de 6 lits réservés aux personnes porteuses de scléroses en plaque (SEP), hospitalisées en continu ou en situation de répit et placées sous la responsabilité du médecin coordonnateur du secteur médico-social adossé au CH. Le patient est informé sur sa prise en charge par les professionnels. Ces derniers recherchent un consentement éclairé, y compris pour les sujets vulnérables, le cas échéant avec l'aide des proches pour permettre leur implication et en utilisant des moyens de communication adaptés. L'accès aux soins palliatifs est assuré et les médecins, qui sont tous formés à cette prise en charge, cherchent à connaître les directives anticipées, bien qu'elles ne soient pas toujours rédigées. Toutefois, il n'y a pas d'action spécifique pour aider le patient à devenir acteur de sa prise en charge, telle l'éducation thérapeutique. Dans tous les secteurs de l'établissement, les professionnels sont attentifs au respect des patients. L'intimité et la dignité sont respectées grâce à l'attitude des professionnels et à l'adaptation de l'architecture, les chambres doubles étant équipées de rideaux de confidentialité. Au cours des soins en particulier d'aide à la vie quotidienne, les professionnels sont attentifs à préserver toute autonomie persistante. Le patient bénéficie d'une évaluation et de soins visant à anticiper et à soulager rapidement sa douleur. Les outils d'évaluation, connus de tous les professionnels rencontrés - soignants et de rééducation- sont adaptés aux capacités en particulier cognitives

des patients. Le comité de lutte contre la douleur, présidé par la pharmacienne est très actif. Néanmoins, les contentions (barrières de lit) qui sont discutées en équipe, et dont le niveau d'utilisation est adapté, ne sont pas toujours prescrites par le médecin. La réévaluation de la pertinence n'est également pas toujours tracée. Au cours de la visite, des dossiers contenaient des prescriptions datant de plusieurs mois. Les conditions de vie habituelles et de lien social du patient sont prises en compte tout au long de son séjour. L'assistante sociale peut être sollicitée à tout moment afin d'organiser le projet de sortie en tenant compte, autant que possible, des préférences du patient. Les proches et les aidants des personnes en situation de handicap, des sujets âgés poly-pathologiques, avec l'accord du patient autant que possible, sont intégrés au projet de soins. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement. Mais, si leur rôle et leur place sont connus des professionnels, les patients rencontrés et les proches ne savent pas comment les contacter, bien qu'un affichage soit mis en place dans l'établissement et que les modalités soient précisées dans le livret d'accueil.

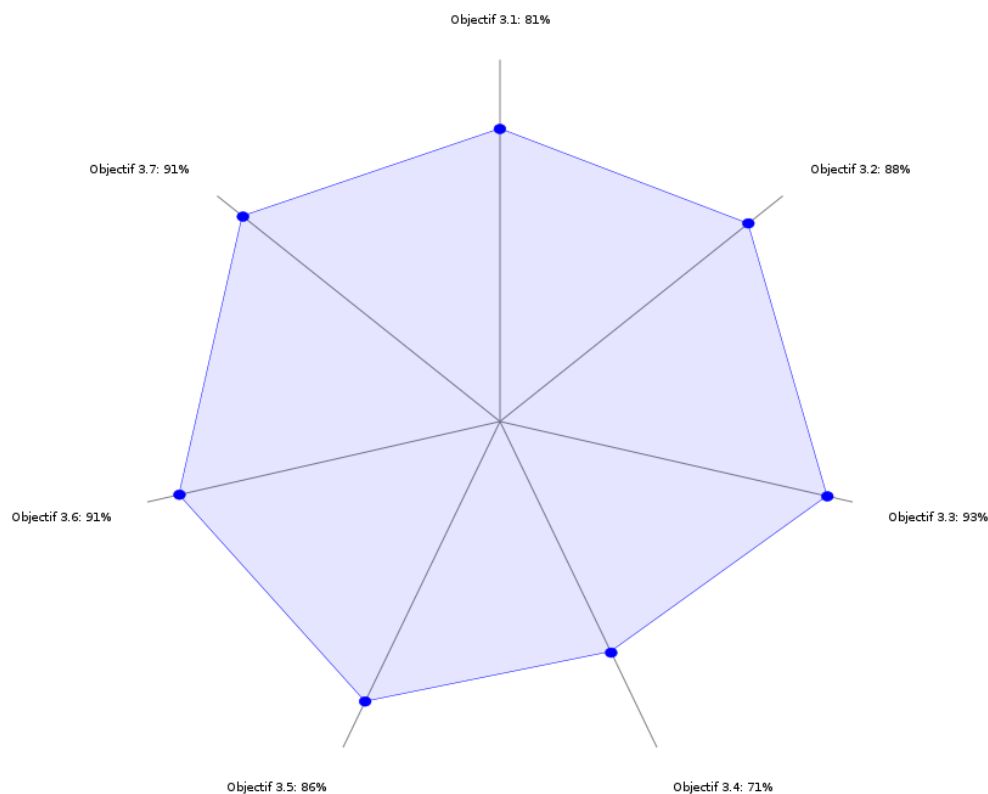
## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Les professionnels des unités de soins du CH de Brocéliande travaillent en équipe. La coordination pluri-professionnelle et pluridisciplinaire est organisée pour prévoir et suivre l'évolution des patients au cours de réunions régulières, avec le médecin, les infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, diététicienne, psychologue et assistantes sociales. Le rythme des réunions est adapté à la pathologie des patients. Toutefois, les admissions ne sont pas analysées de façon pluri-professionnelle. Par ailleurs, l'engagement du patient dans son projet de soins n'est pas tracé. Les patients peuvent bénéficier d'un recours à certaines expertises en cas de besoin, grâce à l'accès à des équipes mobiles ainsi qu'à l'accès à la télémédecine et la télé-expertise qui sont organisées. L'accès au dossier du patient informatisé est assuré pour tous les professionnels. Une lettre de liaison est adressée de façon systématique à la sortie du patient. Le recours à l'hospitalisation à domicile départementale est envisagé si besoin. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. L'identito-vigilance est structurée et tous les professionnels y prêtent attention. La mise en application des vigilances sanitaires est suivie. Les précautions adéquates sont appliquées pour éviter le risque infectieux. Les règles de bonne pratique concernant la transfusion sont respectées. Le circuit du médicament est sécurisé, de la prescription médicale informatisée, à la dispensation, à l'approvisionnement et au stockage, y compris pour les médicaments à risque. De plus l'analyse pharmaceutique est réalisée systématiquement ainsi qu'une conciliation médicamenteuse pour tous les patients. Toutefois, les experts ont observé dans le secteur de Saint Meen, l'absence de vérification de la concordance entre le produit, le patient et la prescription avant l'administration. La prise en charge est coordonnée autour des risques liés à l'hospitalisation des sujets âgés, mais l'analyse des risques iatrogènes n'est pas tracée. La démarche d'évaluation des pratiques, basée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables (EI) est appropriée par les professionnels qui en

déclarent tous. L'analyse des EI est réalisée de façon collective en particulier à l'occasion de comités de retour d'expérience au cours desquels les plans d'amélioration sont élaborés. Le suivi des indicateurs de résultats est assuré au niveau de l'établissement. La satisfaction des usagers est suivie et analysée de façon régulière. L'établissement effectue des évaluations régulières ciblées, sous forme d'audits, mais il n'y a pas de suivi des résultats cliniques sous forme d'analyse de prise en charge ou de parcours. Par ailleurs l'analyse de l'expérience patient n'est pas réalisée. La pertinence des traitements antibiotiques et des transfusions est évaluée. La réévaluation des traitements antibiotiques est réalisée dans les 48 à 72 heures. Les prescripteurs bénéficient de formation régulière sur l'antibiothérapie et peuvent avoir recours à un référent. Mais, la pertinence de l'admission et du séjour en médecine et en SSR n'est pas évaluée.

## Chapitre 3 : L'établissement



Le CH de Brocéliande est intégré dans le GHT Haute Bretagne et structure son offre de soins en cohérence avec les projets du territoire. Toutefois, bien que les équipes soient organisées pour procéder dans près de 40% à des admissions directes, il n'y a pas de formalisation de circuits courts pour les sujets âgés. La gouvernance intègre la qualité et la sécurité des soins dans son management. Elle a mis en place une organisation qui permet cette dynamique. La politique qualité est suivie. Il existe un programme d'actions d'amélioration actualisé ainsi qu'un plan d'audits. L'exploitation des EI et des indicateurs entre dans cette dynamique. Toutefois, il n'y a pas d'évaluation de la culture sécurité des soins. L'engagement des patients individuellement et collectivement est favorisé. Néanmoins, il n'y a pas de promotion de la recherche clinique dans l'établissement. L'établissement promeut la bientraitance, observée auprès de tous les professionnels. La lutte contre la maltraitance est formalisée et les procédures sont connues. L'architecture de la structure permet l'accessibilité des personnes à mobilité réduite dans tout l'établissement, avec une sécurisation des accès. Toutefois, l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap sensoriel n'est pas mise en place. La gouvernance incite au travail en équipe. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est assurée. Néanmoins, il n'existe pas d'outils pour favoriser le travail en équipe. Les compétences individuelles sont développées en lien avec les pathologies prises en charge, avec des diplômes universitaires (plaies et cicatrisation, soins palliatifs...) et des promotions professionnelles. Ces formations ont permis de nommer des référents (douleur, hygiène...). Le programme de formation est suivi. Si la gouvernance met en place des actions pour améliorer la Qualité de Vie au Travail (QVT), telles que l'accès au besoin à un psychologue du travail ou la gestion des difficultés interpersonnelles, la politique de QVT n'est pas formalisée. L'établissement apporte des réponses aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières est

prévue avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) voisin, bien qu'aucun exercice de simulation n'ait été réalisé récemment en grande partie du fait de la crise sanitaire. La démarche de développement durable est engagée par la gouvernance. Le risque numérique est connu par tous les professionnels. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Un numéro d'appel unique alerte un médecin. Le pilotage du parc de matériel d'urgence et de ses dotations est assuré. Mais la formation régulière n'est pas assurée pour tous les personnels en particulier de nuit, et aucun exercice de simulation n'a été réalisé récemment.

# Table des Annexes

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

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	350055166	CENTRE HOSPITALIER DE BROCELIANDE	33 Rue Saint Nicolas CS96211 35160 MONTFORT SUR MEU FRANCE
Établissement géographique	350000451	CENTRE HOSPITALIER DOCTEUR DE TERSANNES	13 Rue de la Croix Duval BP 10 35290 Saint Meen Le Grand FRANCE
Établissement géographique	350013249	CENTRE HOSPITALIER DE MONTFORT SUR MEU - SLD	33 Rue Saint Nicolas CS 96211 35160 Montfort-Sur-Meu FRANCE
Établissement principal	350000436	CENTRE HOSPITALIER DE MONTFORT-SUR-MEU	33 Rue Saint Nicolas CS 96211 35160 Montfort Sur Meu FRANCE

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

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Maitrise des risques		
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Audit système	Dynamique d'amélioration		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de longue durée Soins de suite et réadaptation Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	Entretien Professionnel		
			Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap	

8	Parcours traceur		Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
12	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	

17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Autre médicament injectable ou per os
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou per os
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
23	Audit système	QVT & Travail en équipe		
24	Audit système	Leadership		
25	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
26	Audit système	Coordination territoriale		
	Audit			

27	système	Représentants des usagers		
28	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
29	Audit système	Engagement patient		
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	

---

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

---

