HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE BAYEUX

13 rue de nesmond

14400 Bayeux

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Qualité des soins confirmée

Établissement certifié

Validé par la HAS en Mai 2026

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 – Mai 2026

Sommaire

Préambule 4
Présentation 5
Les critères évalués 7
Les évaluations réalisées pendant la visite 8
La décision 9
Les résultats 10
  Les résultats des critères impératifs et avancés 11
Chapitre 1 : Le patient 15
  Résultats du chapitre 1 : Objectifs 15
  Synthèse du chapitre 1 16
  Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient 19
  Objectif 1.2 : L'information du patient 20
  Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins 21
  Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement 23
Chapitre 2 : Les équipes de soins 24
  Résultats du chapitre 2 : Objectifs 24
  Synthèse du chapitre 2 25
  Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient 31
  Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques 33
  Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…) 35
  Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation 37
Chapitre 3 : L'établissement 39
  Résultats du chapitre 3 : Objectifs 39
  Synthèse du chapitre 3 40
  Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins 43
  Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences 44
  Objectif 3.3 : Le positionnement territorial 46
  Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques 47

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers… Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE BAYEUX	
Adresse	13 rue de nesmond 14400 Bayeux FRANCE
Département / Région	Calvados / Normandie
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	140000092	CENTRE HOSPITALIER DE BAYEUX	13 rue de Nesmond 14401 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140000076	CENTRE HOSPITALIER LOUIS LACAINE	5 rue de l'hôpital 14260 Aunay Sur Odon FRANCE
Établissement géographique	140018524	CMP AUNAY/ODON (14I04)	31 rue de Vire CMPEA 14260 Aunay-Sur-Odon FRANCE
Établissement géographique	140018367	CMP AUNAY/ODON (14G06)	16 rue de l'hopital 14260 Aunay-Sur-Odon FRANCE
Établissement géographique	140016155	SERVICE D'HOSPITALISATION A DOMICILE BAYEUX	2 rue louvière 14401 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140002445	CH DE BAYEUX - SITE HENRY DUNANT	2 rue d'aprigny 14402 BAYEUX FRANCE
Établissement principal	140024886	CENTRE HOSPITALIER DE BAYEUX	13 rue de nesmond 14400 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140017401	ETABLISSEMENT SOINS LONGUE DUREE CH DE BAYEUX	37 rue Saint-Exupère Site Champ-Fleury 14401 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140018029	HOPITAL DE JOUR (14 I 01) - CH BAYEUX	1009 la haute folie 14200 Herouville-Saint-Clair FRANCE

Établissement géographique	140018011	HOPITAL DE JOUR (14 I 01) - CH BAYEUX	39 r saint exupere La clef des songes 14400 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140004136	UNITE PSYCHIATRIQUE - CH BAYEUX	Rte de vaux sur aure Rue d'argouges 14401 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140018425	CMSP ENFANTS (14I01) - CH BAYEUX	13 rte de vaux Cmps 14400 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140018391	CMP HEROUVILLE (14I01) - CH BAYEUX	07 Avenue de Cambridge 14200 Herouville-Saint-Clair FRANCE
Établissement géographique	140018334	CMP ISIGNY/MER (14G05) - CH BAYEUX	02 rue Alfred POPHILAT 14230 Isigny-Sur-Mer FRANCE
Établissement géographique	140018326	CMP ADULTES (14G05) - CH BAYEUX	Rte de vaux 14400 Bayeux FRANCE
Établissement géographique	140025362	CH DE BAYEUX - SSR SITE HENRY DUNANT	Place henri dunant 14400 BAYEUX FRANCE
Établissement géographique	140018078	CATTP (14G05) - CH BAYEUX	31 rue Montfiquet Accueil psychiatrique 14400 Bayeux FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les l'établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
Chirurgie et interventionnel
Electroconvulsivothérapie
Maternité
SAMU-SMUR
Santé mentale et psychiatrie
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Urgences

Mode de prise en charge
Hospitalisation à domicile

Population
Enfants et adolescents
Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **13** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Evalué **16** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **31** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 1 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 10 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 5 acte(s) interventionnel(s)
- 6 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 1 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 1 prescription(s) d'isolement
- 5 prescription(s) de restrictions de libertés
- 1 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **20** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

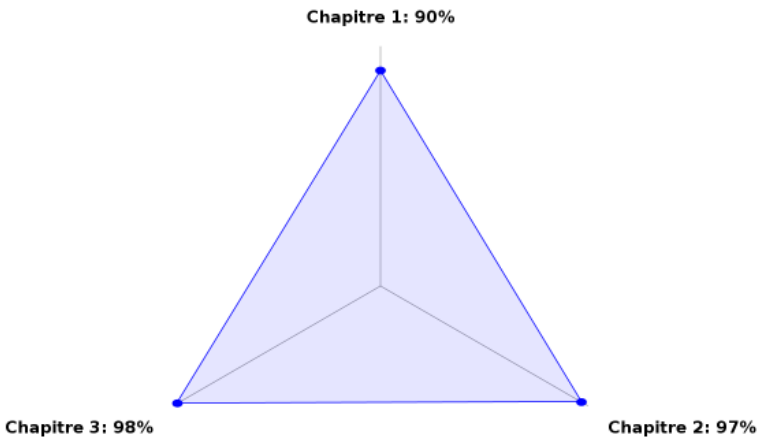
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	90%
Chapitre 2	Les équipes de soins	97%
Chapitre 3	L'établissement	98%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

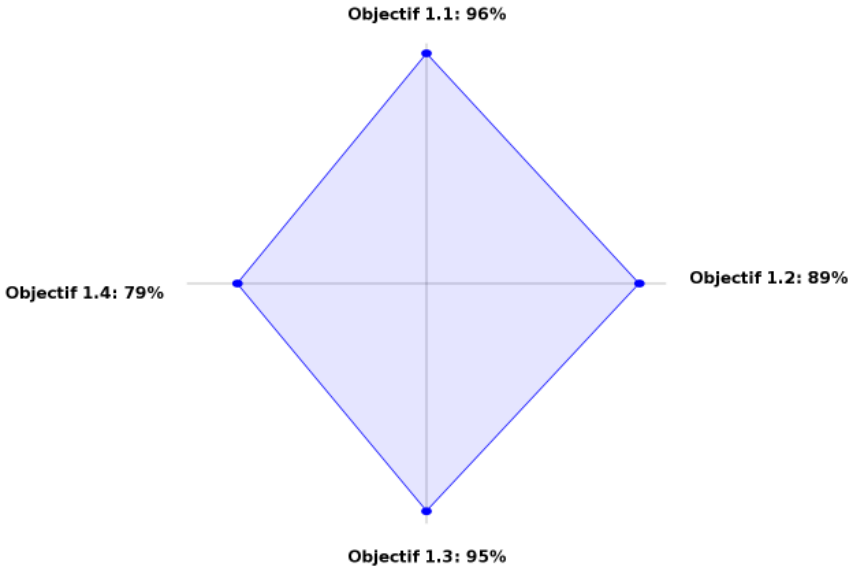
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	94%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	97%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	98%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	96%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	93%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	83%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **90%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	96%
1.2	L'information du patient	89%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	95%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	79%

Synthèse du chapitre 1

Du point de vue des patients, leurs droits sont respectés dans tous les services et sur tous les sites du Centre Hospitalier d'Aunay-Bayeux (CHAB). Les patients rapportent que les conditions d'accueil et de prise en charge garantissent le respect de leur intimité et de leur dignité et se déroulent dans un environnement sécurisé. Lorsque deux patients partagent une chambre double, les équipes veillent à utiliser les équipements de séparation et à maintenir les portes fermées pendant les soins. Cependant, il a été observé des difficultés d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap visuel sur les différents sites, notamment en raison de l'absence de marquage au sol, d'annonces adaptées et de signalétique en braille dans les ascenseurs. Les locaux, majoritairement anciens, ne disposent pas tous d'une douche par chambre (jusqu'à une douche pour 24 lits en cardiologie), bien que chaque chambre soit équipée d'un lavabo et de toilettes. Malgré certaines contraintes architecturales, des travaux sont en cours avec l'installation progressive de douches supplémentaires dans tous les services et, sur les sites d'Aunay et de Champ Fleury, des ascenseurs adaptés à toutes formes de handicap. Les patients mineurs bénéficient d'un environnement adapté à leurs besoins dans les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Les professionnels formés appliquent les bonnes pratiques spécifiques à leur prise en charge. En pédiatrie, la présence des parents est organisée 24 heures sur 24 et les enfants bénéficient d'activités ludiques et éducatives adaptées à leur âge. Un box d'examen dédié leur est réservé dans le service des urgences du site de Resmond mais, ils sont accueillis dans le même circuit que les adultes, ce qui peut les exposer à des situations anxiogènes. L'établissement indique que les plus jeunes sont rapidement orientés vers la pédiatrie, les autres étant pris en charge en priorité et examinés dans le box dédié. Durant la visite, des claustras ont été installés à l'accueil des urgences afin d'isoler les enfants des adultes. Les patients bénéficient d'une prise en charge bientraitante. Les besoins élémentaires, notamment l'autonomie, sont évalués et une aide est apportée tout au long du séjour, même en période de forte tension d'activité. Les patients rencontrés indiquent que les professionnels se présentent et précisent leur fonction et estiment que la confidentialité est respectée. Les professionnels connaissent les risques de maltraitance internes et externes et des procédures de signalement sont en place, avec un suivi annuel des cas recensés. La majorité des patients ont été informés de leurs droits à rédiger des directives anticipées. Lorsqu'elle existe, elles ont été majoritairement retrouvées dans le dossier. Du point de vue des patients rencontrés, la douleur est évaluée régulièrement et prise en charge rapidement. Les professionnels utilisent systématiquement des échelles validées et proposent à la fois des traitements médicamenteux et des approches non médicamenteuses (hypnose, musicothérapie, acupuncture, etc.). L'accès du patient à son dossier médical est organisé ; les délais de remise sont suivis mais pas toujours respectés. L'accompagnement de l'entourage en cas de décès est adapté. Les professionnels chargés de l'accompagnement des familles sont formés à la dimension psychologique et les espaces d'accueil ainsi que les modalités de présentation des corps respectent la dignité et les cultes des familles. Toutefois, au sein de la chambre mortuaire de Champ Fleury, il n'est pas possible de s'assurer du respect continu des conditions réglementaires de conservation des corps en matière de température, notamment la nuit et le week-end. Lors de la visite, un devis pour l'acquisition d'une sonde thermique reliée au standard a été présenté, permettant notamment la réalisation de prélèvements de cornées lorsque ceux-ci sont possibles et acceptés par les proches.

Au sein du CHAB, il est constaté que les patients reçoivent les informations nécessaires à la

compréhension de leur prise en charge. Ces informations leur sont communiquées et expliquées par les professionnels au moment de l'accueil et sont également disponibles dans le livret d'accueil remis à leur arrivée. Elles concernent notamment l'organisation des soins, les modalités de fonctionnement de l'unité et les différents professionnels intervenant dans leur parcours. À titre d'exemple, en chirurgie ambulatoire, en imagerie interventionnelle ainsi qu'en oncologie, un passeport comportant toutes les informations nécessaires à la prise en charge est remis au patient. Cependant, majoritairement, les patients rencontrés déclarent ne pas connaître les coordonnées des représentants des usagers (RU) et des bénévoles et ne pas avoir tous été informés de l'utilisation de leur espace santé ni de leur droit d'opposition à l'alimentation du dossier médical partagé (DMP). Les patients porteurs de dispositifs médicaux implantés (DMI) indiquent avoir été informés des précautions à prendre pour éviter les complications liées à ces dispositifs. En prévision de la sortie, les patients reçoivent les informations utiles à la poursuite de leur prise en charge. Une lettre de liaison est remise au patient et transmise au médecin traitant via une messagerie sécurisée et déposée dans le DMP. Les professionnels transmettent les consignes relatives aux actes techniques, aux examens complémentaires ou aux consultations à venir. À titre d'exemple, dans le service de SMR neuro locomoteur, des actions éducatives sont conduites par l'ergothérapeute et les kinésithérapeutes pour préparer la sortie. La présence d'un appartement thérapeutique permet d'évaluer l'autonomie du patient avant la sortie. La psychologue et l'assistante sociale interviennent également en fonction des besoins du patient. En obstétrique, la préparation du retour à domicile est organisée en lien avec la protection maternelle et infantile (PMI) et la médecine de ville.

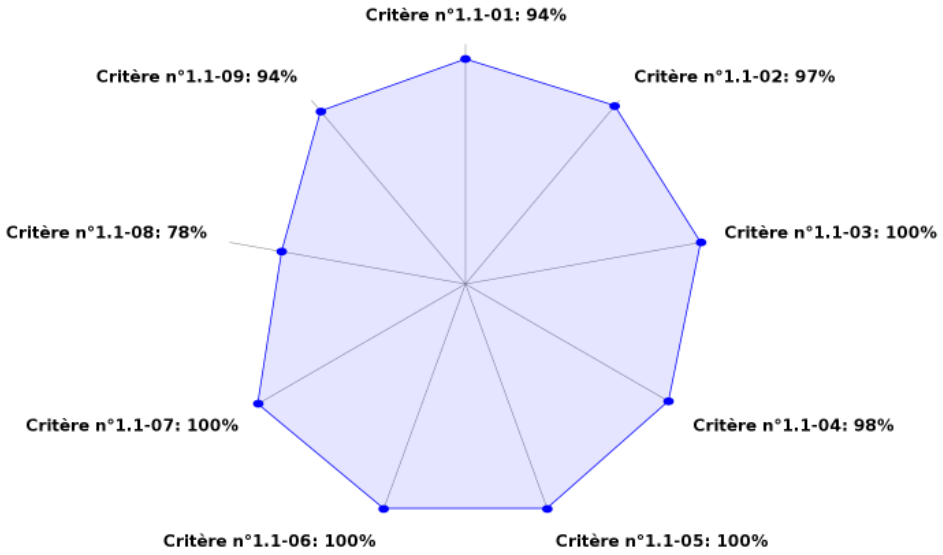
Les patients rencontrés déclarent être associés aux décisions relatives à leur projet de soins. Le patient exprime son consentement libre et éclairé pour toute décision majeure le concernant ; ce consentement est retrouvé dans tous les dossiers consultés et confirmé par les professionnels. La désignation de la personne de confiance est majoritairement renseignée et validée. Les patients en situation de précarité sociale bénéficient d'une orientation vers les services sociaux ou les associations compétentes, notamment la PMI. En soins de longue durée (USLD) et en SMR, les patients bénéficient d'activités permettant de maintenir leur autonomie et le lien social. Les patients bénéficient de messages de prévention leur permettant d'agir pour leur santé, notamment par l'intervention des diététiciennes. Cependant, la majorité des personnes âgées de plus de 75 ans et/ou leurs aidants déclarent ne pas avoir été informés du risque de dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation. Par ailleurs, les patients rencontrés disent ne pas avoir tous bénéficié d'actions éducatives permettant de favoriser leur implication dans leur prise en soin. Des messages de santé publique (prévention des addictions, violences intrafamiliales, le numéro national de prévention du suicide…) sont communiqués aux usagers par affichage et par la mise à disposition de flyers dans les salles d'attente des consultations et les espaces d'accueil des familles. En psychiatrie, le patient présentant des troubles psychiques bénéficie de programmes de réhabilitation psychosociale visant à favoriser son inclusion sociale. À titre d'exemple, au sein du service d'hospitalisation à temps complet (HTC) Presqu'île, les liens avec la famille sont maintenus autant que possible pour les patients mineurs, qui peuvent bénéficier de permissions de sortie chaque week-end. En hospitalisation à domicile (HAD), les proches/aidants adhèrent aux modalités de prise en charge. Un IDE peut être joint 24h/24. La nuit et le week-end, les problèmes médicaux sont régulés par le médecin régulateur du Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) via le 15, en lien avec l'IDE d'astreinte de l'HAD. Lors d'une première rencontre à domicile, seul le numéro de l'HAD était indiqué chez un patient ; pour les autres patients rencontrés par

la suite à domicile, le 15 était bien mentionné. Dans les situations difficiles, la présence des proches est facilitée en dehors des horaires de visite ; des lits accompagnants, des espaces et des aménagements dédiés (lits, salles de détente…) leur sont proposés.

La satisfaction et l'expérience des patients est recueillie dans les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique à travers les questionnaires e-Satis. Des questionnaires spécifiques visant à évaluer la satisfaction et les résultats de soins évalués par les patients (PROMs) sont déployés dans la majorité des services. Les résultats des enquêtes sont partagés trimestriellement avec les équipes de soins, exploités par le service qualité, et des actions telles que le changement d'oreiller en SMR neuro locomoteur ou encore l'amélioration de la prestation des repas sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). La majorité des professionnels rencontrés avait connaissance des recommandations formulées par la commission des usagers (CDU). Les RU sont informés des plaintes, réclamations et événements indésirables associés aux soins (EIAS) au sein de la CDU mais ils ne participent pas encore aux analyses de ces éléments. Par ailleurs, malgré l'affichage dans les services et les informations présentes dans le livret d'accueil, la majorité des patients interrogés ne sait pas qu'ils ont la possibilité d'exprimer leur satisfaction, de partager leur expérience, de formuler des remarques à l'issue de leur séjour. Ils disent également ne pas tous être informés de la possibilité de déclarer un EIAS ni de recourir à un médiateur en cas de besoin. Il a été observé que le macaron indiquant le niveau de certification de la HAS est affiché dans la majorité des sites mais ne l'est pas en HTC Presqu'île. La CDU, dont la composition a été récemment renouvelée, n'a pas encore formalisé de projet. Certains patients partenaires participent à des actions éducatives menées auprès des usagers, comme en rhumatologie. En SMR neuro locomoteur, un patient a déclaré avoir retrouvé espoir après avoir rencontré un patient partenaire qui lui a fait part de son expérience. Toutefois, à ce jour, les patients partenaires ne participent pas à la définition d'actions d'amélioration des pratiques. De nombreuses actions d'éducation thérapeutique sont conduites au sein du CHAB, notamment dans le cadre de la rééducation post AVC, pour les patients diabétiques et ceux souffrant de troubles nutritionnels. L'établissement a formé une infirmière en mai 2023 afin de répondre aux exigences requises pour la signature de la convention avec la plateforme régionale dédiée à l'éducation thérapeutique (ETP).

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

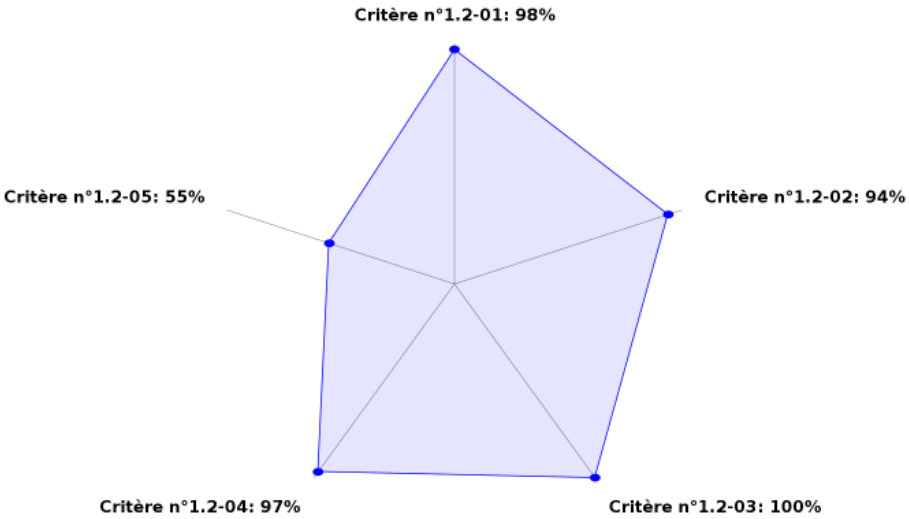
Score de l'objectif **96%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	94%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	97%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	98%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	78%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	94%

Objectif 1.2 : L'information du patient

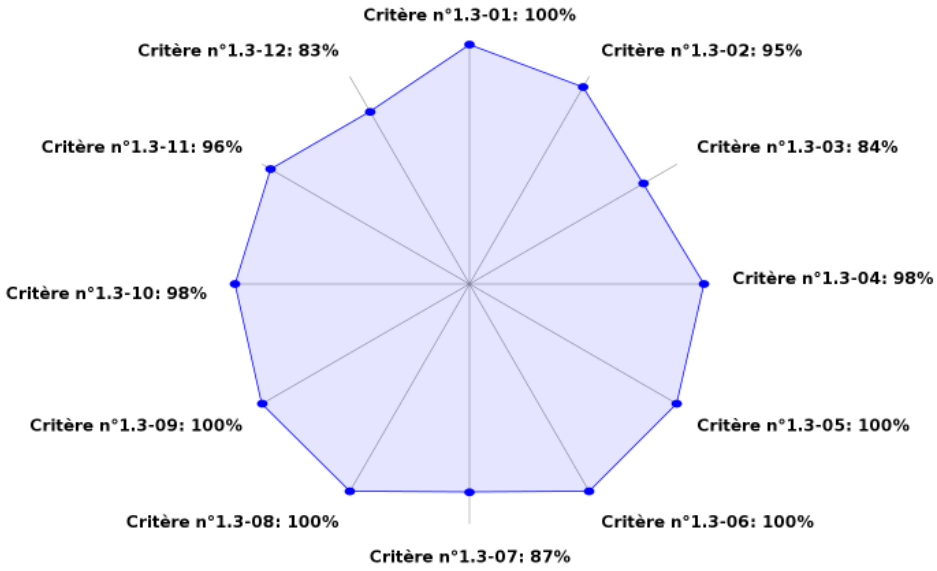
Score de l'objectif **89%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	98%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	94%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	97%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	55%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

Score de l'objectif **95%**

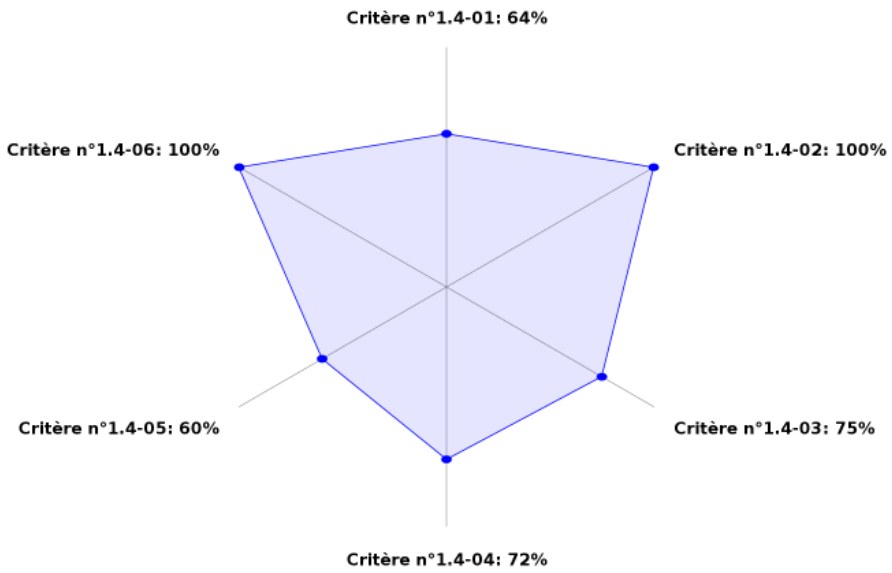


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	95%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	84%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	98%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	87%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-09	Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale	100%

1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	98%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	96%
1.3-12	Le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	83%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **79%**

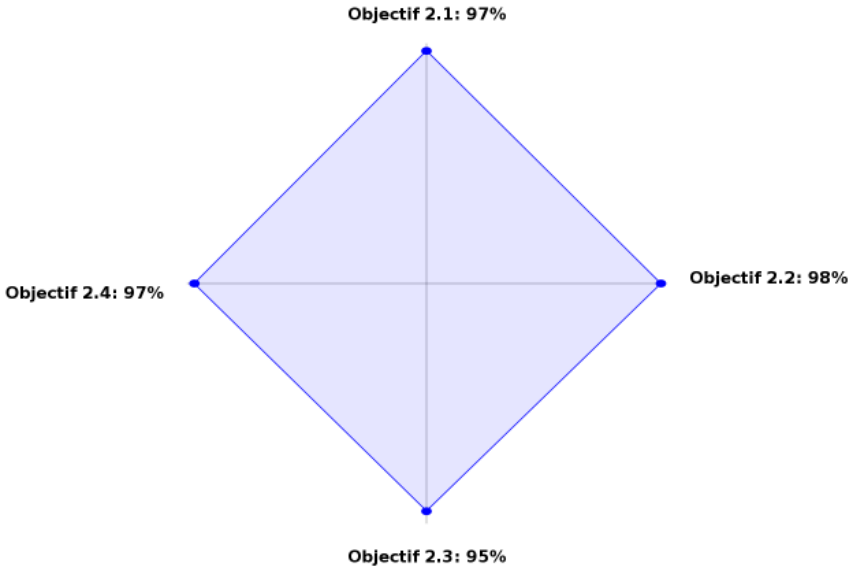


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	64%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	72%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	60%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **97%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	97%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	98%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…)	95%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	97%

Synthèse du chapitre 2

Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre le projet de soins du patient dans une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, intégrant les soins de support et la médecine de ville y compris en HAD. Certains services utilisent des logiciels métiers spécifiques (bloc opératoire, maternité, anesthésie) mais l'ensemble des informations utiles à la continuité de la prise en charge est centralisé dans le dossier médical est informatisé (DPI), partagé par tous les professionnels. Les éléments essentiels (consultations, prescriptions pré et postopératoires, traçabilité des actes et de la surveillance) y sont intégrés ou facilement accessible par des liens contextuels depuis le DPI. Les équipes des secteurs de consultation se coordonnent avec celles des secteurs d'hospitalisation. La prise de rendez-vous en consultation est possible via des numéros dédiés ou une plateforme de prise de rendez-vous médicaux en ligne. Cependant, les patients rencontrés déclarent ne pas tous avoir reçu cette information. Pour les consultations de pédopsychiatrie, une demande écrite est rédigée par le médecin traitant auprès des professionnels qui évaluent la pertinence de la prise en charge. En cas de prescription d'examen d'imagerie, les patients sont accompagnés pour la prise de rendez-vous. Les comptes rendus de consultation sont disponibles dans le dossier médical du patient et sont majoritairement versés dans le DMP. Les équipes des secteurs interventionnels assurent leur coordination à travers une charte de fonctionnement diffusée aux équipes de chaque secteur. Le programme opératoire est établi chaque semaine avec l'anesthésiste, le cadre de bloc et le chirurgien, incluant la programmation de la SSPI. Une fiche de liaison est utilisée pour transmettre les informations utiles dans le dossier du patient ; cependant, à l'exception de l'imagerie, la qualité de ces transmissions ne fait pas à ce jour l'objet d'une analyse régulière. À la maternité, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées. Des staffs médico-psycho-sociaux de vulnérabilité sont organisés chaque semaine. La coordination est également mobilisée pour la prévention des troubles nutritionnels, notamment chez les enfants et les personnes âgées. Le dépistage de la dénutrition, de la sarcopénie et la prise en charge de l'obésité sont le plus souvent intégrés dans le projet de soins. Des diététiciennes interviennent dans l'ensemble des services. La conciliation médicamenteuse est réalisée pour les chimiothérapies orales, en médecine gériatrique et en court séjour pédiatrique. Une analyse de la pertinence de l'activité de conciliation est réalisée en collaboration avec les prescripteurs. Dans tous les services, la démarche palliative fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. En réanimation, la limitation des thérapeutiques actives (LATA) est décidée en prenant en compte les directives anticipées du patient ou, à défaut, l'avis de la personne de confiance. Ces décisions sont prises de manière collégiale, avec le concours d'un médecin extérieur. Par ailleurs, en plus des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), les équipes peuvent faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs (ESMP) du territoire. En psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi en collaboration avec les médecins de ville, notamment dans le cadre d'un plan de prévention partagé pour les patients à risque suicidaire et de décompensation d'un trouble psychiatrique grave. Ce plan est rédigé conjointement avec le patient et, s'il le souhaite, avec son entourage. Le suivi repose sur l'analyse régulière des données cliniques. Les équipes de psychiatrie se coordonnent tout au long de la prise en charge afin de prévenir le passage à l'acte suicidaire. L'évaluation du risque suicidaire est réalisée à l'aide d'une grille d'évaluation standardisée et tracée dans le dossier, notamment après toute tentative de suicide pour les adultes et en pédiatrie. Cependant, elle n'est pas à ce jour évaluée en pédopsychiatrie sur la base d'une grille. Après une tentative de suicide, à la sortie d'hospitalisation, l'équipe propose au patient l'inclusion dans le dispositif VigilanS. Le taux d'hospitalisation en situation

de péril imminent n'est pas suivi et ne fait pas l'objet d'une analyse partagée avec les équipes ou les médecins adresseurs. En secteur de psychiatrie adulte de Vaux-sur-Aure, la présence quotidienne d'un médecin généraliste en demi-journée permet le suivi somatique des patients hospitalisés. En pédopsychiatrie Presqu'île, un examen somatique est systématiquement réalisé par un pédiatre dans les 24 heures, qui assure également un suivi hebdomadaire. Les transports sont réalisés dans des conditions de sécurité et de confidentialité, par des professionnels formés. Les patients sont informés en temps réel des horaires et destinations de transport. À la sortie, une lettre de liaison est remise au patient et transmise au médecin traitant par messagerie sécurisée ; elle comprend notamment le suivi somatique des hospitalisations en psychiatrie. Les délais de délivrance de la lettre de liaison sont suivis.

Les professionnels s'efforcent de maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Ils respectent les bonnes pratiques d'identification des patients à toutes les étapes de leur prise en charge. Un travail visant à sécuriser le circuit du médicament a été réalisé depuis la précédente certification, en collaboration avec les pharmaciens et les équipes de soins. Dans la majorité des secteurs, la prescription médicamenteuse est réalisée dans le DPI) par des médecins et des sages-femmes habilités, dans le respect de la réglementation. La prescription est systématiquement conforme et prend en compte le traitement habituel. Toutefois, à la maternité, la présence de prescriptions d'anticoagulants non conformes faites depuis plusieurs jours a été constatée, conduisant à leur non-administration par les sages-femmes ; la raison de cette non-administration n'était pas tracée dans le DPI. Cette situation pouvant conduire à un risque d'erreur médicamenteuse n'a été rencontrée qu'une seule fois lors de la visite et a donné lieu à une modification de la prescription. Une analyse pharmaceutique est réalisée dans tous les services pour chaque entrant, pour toutes les prescriptions d'antibiotiques critiques, pour les chimiothérapies et, dans trois services, pour les patients de plus de 75 ans et ceux de plus de 65 ans polymédiqués. Les avis pharmaceutiques sont consultables et pris en compte par les prescripteurs via le DPI. Les médicaments sont stockés dans des armoires et/ou des chariots de distribution sécurisés dans les salles de soins. La surveillance des températures des enceintes réfrigérées contenant des médicaments thermosensibles est assurée dans tous les secteurs de soins et à la pharmacie à usage interne (PUI). La délivrance des médicaments est adaptée aux besoins des services. En USLD, les piluliers sont préparés par les préparateurs en pharmacie ; les autres services sont en dotation globale. Au bloc opératoire, le réassort des médicaments, DMI et dispositifs médicaux stériles est réalisé par un préparateur en pharmacie. L'administration des médicaments est majoritairement conforme aux bonnes pratiques et tracée en temps réel dans le logiciel d'aide à la prescription. Au Centre Médico Psychologique (CMP) de Vaux-sur-Odon, les prescriptions réalisées sur ordonnance sont conformes. Les ordonnances sont intégrées dans le DPI. Toutefois, l'administration n'est pas systématiquement tracée dans le logiciel en raison d'un dysfonctionnement informatique ; elle est retranscrite par les infirmiers sur un support papier, notamment pour faciliter la programmation du prochain rendez-vous d'administration des neuroleptiques. Une nouvelle feuille de traçabilité de l'administration, sans retranscription secondaire, a été présentée durant la visite. L'amélioration de la traçabilité dans le logiciel est intégrée depuis plusieurs mois au PAQSS, sans résolution à ce jour par l'éditeur du logiciel. Les chimiothérapies anticancéreuses sont préparées par un préparateur en pharmacie formé, selon des procédures spécifiques avec double contrôle. La PUI utilise un logiciel dédié pour la fabrication et le suivi des chimiothérapies. L'administration des poches de chimiothérapie est tracée dans le dossier au regard de la prescription. Le transport de médicaments cytotoxiques est assuré par les brancardiers dans une mallette scellée. Les équipes connaissent les listes des médicaments à risque spécifiques à

leur secteur et les bonnes pratiques associées. Des formations sur les risques d'erreurs médicamenteuses à destination des infirmiers sont dispensées deux à trois fois par an. Par ailleurs, les infirmiers participent à la semaine sécurité au cours de laquelle une « chambre des erreurs » comprenant des erreurs médicamenteuses est présentée. Les équipes déclarent les erreurs médicamenteuses et participent à leur analyse. Un programme d'auto-administration des médicaments par le patient (PAAM) est déployé en SMR neuro locomoteur à Aunay, afin de tester l'autonomie du patient avant son retour à domicile. Il est également déployé à la maternité. Les protocoles de précautions standards d'hygiène sont régulièrement réactualisés par l'équipe opérationnelle d'hygiène en collaboration avec les référents hygiène (infirmiers et aides-soignants) des services, sont intégrés dans la gestion électronique documentaire (GED). Des évaluations des bonnes pratiques d'hygiène des mains et des précautions standards et complémentaires sont menées par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et l'établissement participe à des réseaux de surveillance nationaux. Les résultats des évaluations et des indicateurs qualité et sécurité des soins, comme la consommation de solution hydroalcoolique, sont diffusés aux équipes et donnent lieu à des actions d'amélioration. Les agents des services hospitaliers sont formés au bionettoyage des locaux dès leur recrutement. La traçabilité de la pose des dispositifs, notamment intravasculaires, est retrouvée dans les dossiers des patients. Le taux d'infection associé aux cathéters est suivi. En balnéothérapie, la qualité de l'eau fait l'objet de contrôles biquotidien et de prélèvements microbiologiques mensuels analysés par le laboratoire de l'établissement. Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine. Une banque de sang est gérée par un médecin biologiste. Une formation annuelle sur les bonnes pratiques transfusionnelles est organisée en interne par le médecin anesthésiste hémovigilant à destination des médecins et des infirmiers. Les professionnels rencontrés connaissent les risques liés à la transfusion. L'analyse bénéfice/risque est systématiquement réalisée pour chaque acte transfusionnel et le contrôle ultime au lit du patient est effectué conformément aux bonnes pratiques. Une évaluation de la pertinence des prescriptions a été réalisée en septembre 2025 et présentée en comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH). Depuis la précédente certification, un travail approfondi visant à sécuriser la prise en charge des urgences vitales a été conduite en collaboration avec les équipes de soins. La prise en charge des urgences vitales repose désormais sur des protocoles actualisés et connus des professionnels. Les chariots d'urgence sont adaptés aux profils des patients accueillis, le plus souvent facilement accessibles, vérifiés, scellés et leur traçabilité est assurée dans les unités de soins. Des registres d'utilisation sont tenus dans tous les services. Des exercices de simulation sont organisés tous les lundis dans les services par un infirmier anesthésiste référent. Un numéro d'appel unique est en place sur le site de Bayeux. Sur autres les sites, les professionnels contactent directement le 15. La majorité du personnel est formée aux gestes d'urgence. Cependant, quelques professionnels rencontrés en psychiatrie et en pédiatrie n'avaient pas bénéficié de formation aux urgences vitales depuis plus de quatre ans. Des formations à la prise en charge des urgences vitales sont inscrites au plan de formation de l'établissement, qui prévoit la formation prioritaire des professionnels non formés à partir d'octobre 2026. En secteur fermé de psychiatrie adulte, il a été constaté que le chariot d'urgence n'était pas présent dans l'unité : il était stocké dans un local fermé à clé, situé dans un autre secteur également sécurisé et verrouillé. Par ailleurs, au CMP, il a été constaté l'absence de chariot. Durant la visite, un chariot d'urgence a été mis à disposition dans le service de psychiatrie ainsi qu'un sac d'urgence au CMP. Au bloc opératoire en imagerie, les professionnels appliquent les mesures de radioprotection et utilisent les équipements de protection individuelle adaptés (dosimètres, tabliers plombés, lunettes de protection). Les examens radiologiques sont réalisés par des professionnels qualifiés et formés. Le dossier patient comporte systématiquement la justification de l'acte ainsi que la procédure réalisée. À la

sortie, le compte rendu d'examen est remis au patient et mentionne les doses de rayonnement ionisant reçues.

La mobilisation de l'équipe du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) est assurée par le centre de régulation et de réception des appels (CRRA) 14. Les appels sont reçus par une ligne téléphonique dédiée. La fiche de régulation médicale est réceptionnée par fax dans la salle de soins des urgences. Le dossier médical du SMUR est au format papier et la composition de l'équipe SMUR est tracée dans le planning d'intervention. La consultation des dossiers préhospitaliers montre cependant que ceux-ci ne comportent pas systématiquement l'ensemble des éléments attendus, tels que les hypothèses diagnostiques et les constantes. Les revues de dossiers sont réalisées lors d'un staff quotidien et les situations complexes font l'objet d'une analyse approfondie permettant la mise en place d'actions d'amélioration. Le temps d'intervention, la traçabilité de l'équipe et la complétude du dossier ont été évalués à partir d'un audit réalisé en octobre 2025. Cependant, à ce jour, l'équipe du SMUR ne met pas en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec une analyse régulière d'indicateurs de prise en charge. Aux urgences, les patients sont pris en charge par des infirmiers formés à l'organisation de l'accueil. Une échelle de tri est utilisée et l'orientation s'effectue vers les filières adaptées en fonction de la situation. Une information sur les délais prévisionnels d'attente est délivrée aux patients par affichage dynamique sur écran en salle d'attente. Les médecins spécialistes sont joignables si besoin et les équipes ont accès au dossier médical du patient ainsi qu'au DMP via Mon espace santé. Les proches peuvent rester auprès du patient pendant les temps d'attente, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes en situation de vulnérabilité ou de handicap. Les consultations et visites préanesthésiques sont réalisées dans des délais conformes aux recommandations. Leurs comptes rendus, retrouvés dans les dossiers des patients, sont complets et comprennent l'évaluation du risque anesthésique ainsi que la justification du choix de la technique retenue. La traçabilité de la conformité des équipements d'anesthésie à l'ouverture des salles et de la SSPI est assurée par les infirmiers anesthésistes (IADE). La sortie de SSPI est toujours validée par le médecin anesthésiste. Les protocoles d'antibioprophylaxie ont été mis à jour avec les équipes d'anesthésie et de chirurgie conformément aux recommandations. La prescription d'antibioprophylaxie est réalisée lors de la consultation préanesthésique. Les équipes du bloc opératoire maîtrisent les risques liés aux équipements et aux pratiques professionnelles, notamment infectieux. Les infections du site opératoire (ISO) sont suivies par l'EOH et diffusées aux équipes. La préparation du patient opéré est réalisée conformément aux protocoles en vigueur et tracée dans le dossier. L'antisepsie cutanée est systématiquement effectuée avant tout acte chirurgical. Les professionnels portent une tenue adaptée, strictement dédiée au secteur interventionnel. Le parcours de chirurgie ambulatoire est sécurisé : les patients sont informés des modalités de leur prise en charge, la traçabilité de l'éligibilité à l'ambulatoire est retrouvée dans le dossier et l'équipe contacte le patient le lendemain de son retour à domicile pour assurer un suivi. En secteur d'endoscopie, les professionnels chargés de la désinfection des endoscopes sont formés et les conditions de désinfection sont conformes aux bonnes pratiques. Pour chaque endoscope, un carnet de vie regroupe l'ensemble des informations le concernant (actes réalisés, opérations de nettoyage et de désinfection, interventions de maintenance préventive et curative ainsi que les contrôles microbiologiques). Les résultats des contrôles microbiologiques sont analysés en lien avec l'EOH et la référence de l'endoscope est tracée dans le compte rendu de l'examen. Une check-list « sécurité du patient » est en place et réalisée de façon exhaustive par les équipes des secteurs interventionnels, chaque secteur disposant d'une check-list adaptée à son activité. Les équipes évaluent la mise en œuvre de la check-list HAS à l'aide

d'indicateurs, notamment le suivi des Go/No-Go, ainsi que par des audits réguliers observationnels et de traçabilité. Les résultats donnent lieu à des plans d'action présentés en conseil de bloc et diffusés aux professionnels via le journal qualité du bloc. La maternité de niveau 1 située sur le site de Bayeux réalise environ 400 accouchements par an. Le bloc opératoire, où sont réalisées les césarienne, est à proximité immédiate de la salle de travail. Le secteur de consultations dispose de son propre bureau des entrées et regroupe les consultations d'obstétrique et de gynécologie urgentes, sans passage par les urgences générales. Des conventions avec le CHU de Caen ainsi qu'avec les CH de Cherbourg et de Saint-Lô permettent d'adapter l'orientation et le parcours des patientes si nécessaire. Le projet de naissance est discuté avec les parents dès le début de la grossesse. Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs et disposent des éléments du dossier recueillis en extra et intra hospitalier. Les professionnels sont formés à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal et aux manœuvres obstétricales. Le matériel d'urgence, notamment pour l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI), est vérifié régulièrement et une procédure d'urgence vitale avec dispositif d'alerte, réactualisée en novembre 2025, est connue et accessible. Des exercices réguliers de simulation sont organisés en lien avec le réseau périnatal avec chronométrage des délais de prise en charge. La prise en charge du nouveau-né est sécurisée avec application des procédures de réanimation et d'infection néonatale ; tout clampage retardé du cordon est tracé et justifié dans le dossier. Des indicateurs tels que le taux de césarienne et le taux d'allaitement exclusif sont suivis. Le CHAB dispose d'un service de réanimation polyvalente situé sur le site de Bayeux qui assure une surveillance et une prise en charge sécurisées des patients, y compris lors des transports vers l'imagerie. La prévention du syndrome post-réanimation repose sur une prise en charge globale associant mobilisation et lever précoces, y compris chez les patients intubés avec l'aide des kinésithérapeutes, l'intervention de psychologues et l'adaptation de l'organisation des soins afin de préserver les repères jour-nuit. Le maintien des repères est favorisé par la présence de photos dans les chambres, la recherche des habitudes de vie et l'information des familles via un livret d'accueil. Des consultations post-réanimation à six mois permettent d'évaluer notamment le stress post-traumatique. Les bilans de ces consultations sont présentés aux équipes afin d'adapter les pratiques et les cycles de soins font l'objet de réévaluations régulières. L'équipe de coordination hospitalière de prélèvements (CHP) suit les indicateurs du programme de l'Agence de la biomédecine. Elle réalise des prélèvements de cornée, assure la promotion du don au sein de l'établissement et collabore avec le CHU de Caen pour l'identification des donneurs potentiels dans le cadre des prélèvements multi-organes. En secteur de psychiatrie adulte, les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, avec ou sans contention, pour les patients hospitalisés sans consentement. Les dossiers comportent la prescription, les éléments de surveillance clinique, un examen psychiatrique et somatique ainsi qu'un entretien réalisé à la sortie de l'isolement. Les deux chambres d'isolement sont situées de part et d'autre de la salle de soins infirmiers, disposant d'une fenêtre de surveillance, et un dispositif d'appel est accessible aux patients, y compris en cas de contention. Cependant, il n'existe pas de suivi d'indicateurs de pratiques cliniques relatifs aux mesures d'isolement et, le cas échéant, de contention, et à ce jour aucun suivi régulier ni analyse de ces indicateurs par les équipes n'est programmé.

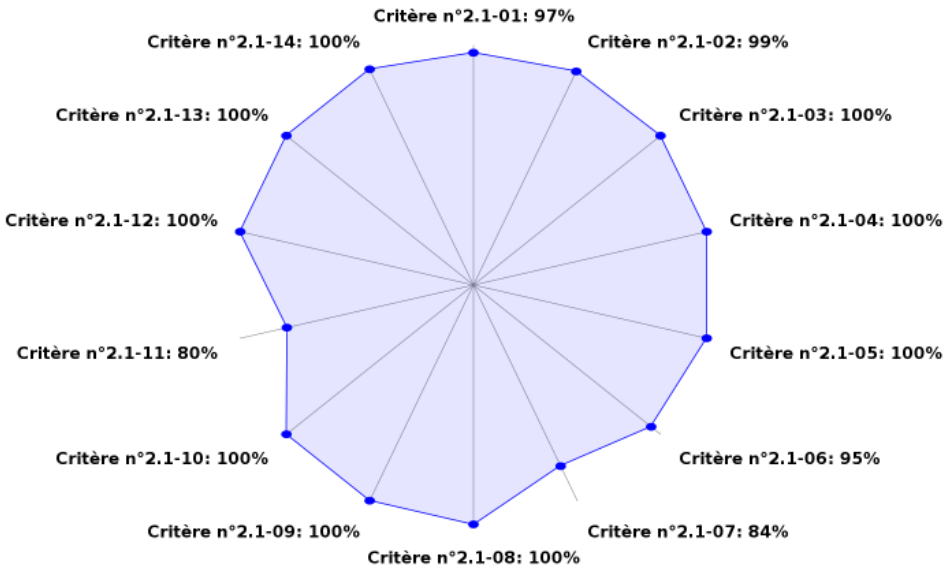
Les équipes s'appuient majoritairement sur des protocoles et procédures fondés sur les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, élaborés avec l'appui de la Commission médicale d'établissement (CME) et de la direction des soins. Ces documents sont diffusés via la GED. Les demandes d'admission en SMR, réalisées via l'outil Trajectoire, sont traitées quotidiennement les

jours ouvrés. La pertinence du maintien en SMR est réévaluée tous les quinze jours en staff pluridisciplinaire et les équipes suivent des indicateurs de pertinence, notamment la durée moyenne de séjour. La prescription d'antibiotiques est tracée dans les dossiers et fait l'objet d'une réévaluation à 48-72 heures puis hebdomadairement. Les équipes s'appuient sur l'infectiologue, en lien avec un médecin biologiste formé à l'écologie bactérienne, qui assurent également la formation des internes et des nouveaux prescripteurs. Des actions de sensibilisation sont régulièrement menées auprès des prescripteurs pour encourager un usage approprié. Le suivi des consommations et des résistances aux anti-infectieux est réalisé via l'outil CONSORES. Les équipes participent aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) organisées par le CHU de Caen pour les infections ostéo-articulaires. Le recours aux prescriptions de restrictions de liberté est peu fréquent ; lorsqu'il est utilisé, il fait l'objet d'une prescription, d'une évaluation, d'une surveillance rapprochée et d'une information de la personne de confiance. Dans l'unité EVP (état végétatif chronique) d'Aunay, une analyse pluridisciplinaire du bénéfice-risque est systématiquement réalisée et rediscutée en staff hebdomadaire. Les barrières de lit peuvent être utilisées pour prévenir les chutes mais il n'existe pas de contention au fauteuil, les fauteuils étant moulés au patient afin d'éviter le glissement. Un groupe de travail institutionnel, concernant l'ensemble de l'établissement, élabore des procédures et développe des alternatives aux restrictions de liberté, notamment par la mise en place d'un espace Snoezelen, de massages et de musicothérapie. Plusieurs démarches écoresponsables sont développées dans les services, notamment une réflexion sur la déprescription, le recours privilégié à la voie orale plutôt qu'aux voies veineuses et l'évaluation de la pertinence de la pose de voies veineuses périphériques aux urgences. Le projet Green bloc et le projet Métaux-morphose, initiés par un infirmier anesthésiste et un infirmier de bloc opératoire, visent la récupération et le recyclage des métaux lourds au bloc opératoire et sont désormais étendus à l'ensemble de l'établissement. Les équipes s'appuient sur les indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS), notamment l'indicateur évaluant la qualité de la prise en charge de la douleur. Dans les secteurs interventionnels, les équipes mettent en œuvre des actions d'amélioration fondées sur l'analyse des écarts de reprogrammation ; les reprogrammations sont tracées et font l'objet d'un suivi spécifique incluant les délais de reprogrammation. Par ailleurs, des indicateurs tels que le taux d'occupation des salles et le taux de débordement sont suivis, partagés avec les équipes et présentés en conseil de bloc. En réanimation, l'équipe assure le suivi d'indicateurs de pratiques cliniques, notamment les indicateurs d'hygiène liés aux dispositifs invasifs et le suivi des pneumopathies associées à la ventilation mécanique (PAVM). Le registre des refus ainsi que le taux de réhospitalisation précoce à 48-72 heures sont également suivis. L'ensemble de ces indicateurs donne lieu à la mise en place d'actions d'amélioration. L'analyse croisée des événements indésirables (EI) avec le service d'imagerie et le laboratoire accrédité COFRAC est effective.

Depuis la visite de certification, un certain nombre d'actions ont été conduites par l'ES. Notamment en santé mentale, une fiche d''indicateurs a été créée, afin d'assurer le suivi des pratiques cliniques en lien avec l'isolement et la contention. Par ailleurs, en pédo psychiatrie, l'évaluation du risque suicidaire, à l'aide d'une grille spécifique, a été intégrée au DPI pour les moins de 12 ans. Des formations aux urgences vitales ont également été dispensées auprès des soignants de psychiatrie et de pédiatrie.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **97%**

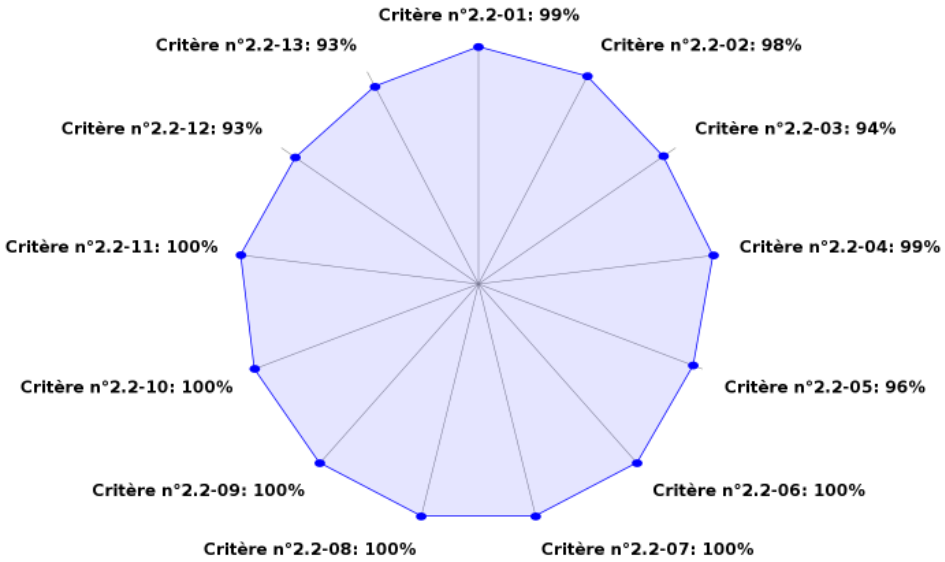


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	97%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	99%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	100%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	95%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	84%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
2.1-09	Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile	100%
2.1-10	En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi	100%

2.1-11	Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge	80%
2.1-12	Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **98%**

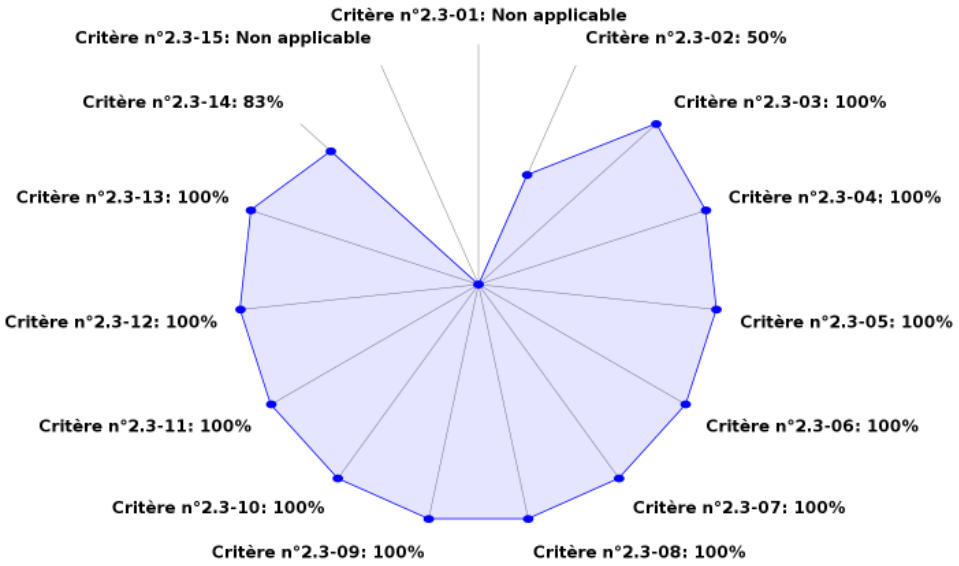


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	99%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	98%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	94%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	99%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	96%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	93%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	93%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie…)

Score de l'objectif **95%**

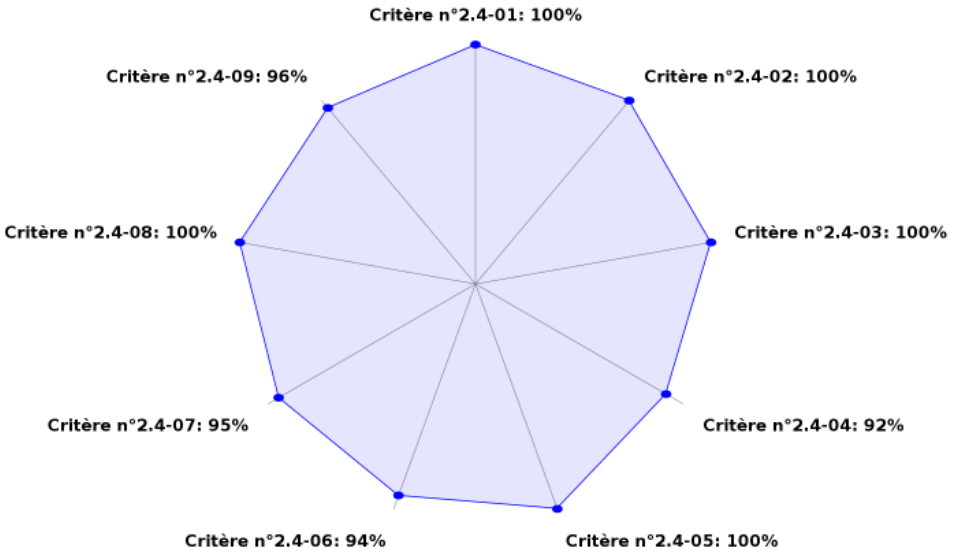


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	Non Applicable
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	50%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	100%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%

2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	100%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe 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%
2.3-14	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement	83%
2.3-15	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques liés à l'électroconvulsivothérapie	Non Applicable

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **97%**



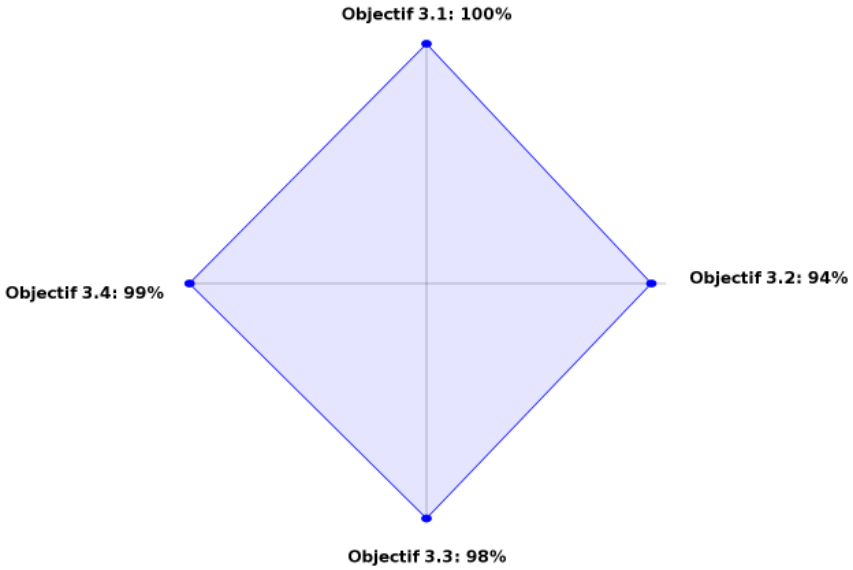
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	92%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	94%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	95%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	100%

2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	96%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **98%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	94%
3.3	Le positionnement territorial	98%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	99%

Synthèse du chapitre 3

La politique qualité 2025-2026 du CHAB a été élaborée par un groupe de travail comprenant des représentants médico-paramédicaux, des représentants des équipes de soins. Elle s'appuie sur les résultats de la précédente certification, les attendus des nouveaux critères impératifs, les audits patients traceurs, les IQSS, les analyses des EI, ainsi que sur les résultats des inspections menées par l'Agence Régionale de Santé et l'Autorité de Sûreté Nucléaire, l'audit de l'agence de biomédecine qui a eu lieu en 2024. Elle est déclinée dans le PAQSS qui est suivi par les différentes instances, le Copil Qualité, la CME, la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation Médico-Technique (CSMIRT) et la CDU. Le PAQSS est également suivi avec la gouvernance des pôles (chef de pole et cadres supérieurs de pôle) lors des dialogues de gestion trimestriels et décliné au plus près du terrain par les référents qualité (cadres et médecins chefs), de chaque service. Ceux-ci ont pour rôle de diffuser et soutenir la culture qualité et sécurité des soins dans les services. Plusieurs réunions qualité sont organisées par mois, dans les services avec l'appui du service qualité. Les professionnels rencontrés ont tous connaissance du programme d'actions de leur service. L'établissement déploie diverses actions de sensibilisation et d'évaluation de la culture qualité : challenges interservices qualité et sécurité des soins, chambre des erreurs, diffusion en janvier 2026 du rapport d'enquête sur la culture de sécurité auprès des professionnels, ainsi que la rencontre qualité-sécurité du 26 janvier. Le dispositif d'alerte ascendantes et descendantes des vigilances en place est connu par les professionnels. L'établissement impulse une culture de déclarations des EI avec une diffusion d'une démarche non punitive de déclaration. Les événements indésirables graves associés aux soins (EIG) sont systématiquement analysés en comité de retour d'expérience (CREX) et ou revues de morbi-mortalité (RMM) avec les équipes concernées. Les résultats des plans d'action sont diffusés auprès des professionnels ainsi qu'aux RU. Les EIG sont déclarés sur le portail national de signalement des EI sanitaires. Les EI déclarés dans le cadre de l'accréditation de l'équipe d'anesthésie sont intégrés dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Des médecins référents identifiés et connus par les professionnels rencontrés, sont formés à l'annonce d'un dommage associé aux soins. Le plan blanc aligné sur le plan régional d'organisation sanitaire (ORSAN) a été mis à jour en janvier 2026. Il intègre notamment le risque numérique. Les moyens humains et matériels sont disponibles. Des référents médicaux et paramédicaux sont identifiés. Ils contribuent à l'organisation régulières, d'exercices de simulation, tels que l'afflux massif de victimes (AMAVI) en mars 2024, une cyberattaque en décembre 2025. Par ailleurs, un exercice nombreuses victimes (NOVI) est prévu en collaboration avec le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) en 2026. La chaîne de décontamination a été testée lors des exercices NRBC (nucléaire, radiologique, biologique, chimique) réalisés et en avril 2024 et 2025, avec une reconduction prévue en avril 2026. Tous ces exercices ont permis d'objectiver la mobilisation de la cellule de crise en moins de 45 minutes et font l'objet d'un retour d'expérience systématique dont les actions sont intégrées dans le PAQSS. Le CHAB s'appuie sur le groupe d'éthique territorial qui se réunit plusieurs fois par an, avec deux membres permanents du CHAB. Les professionnels peuvent leur soumettre leurs questionnements par courrier électronique. Les comptes rendus des réunions du groupe d'éthique sont accessibles dans la GED du CHAB. Plusieurs thématiques font l'objet de groupes de travail, notamment la fin de vie et les contentions, ayant conduit à des actions d'amélioration comme l'utilisation de fauteuils moulés en SMR neurologique.

Le CHAB pilote l'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients. Chaque service dispose d'une maquette organisationnelle et les effectifs sont suivis mensuellement via un fichier partagé entre la direction des ressources humaines (DRH), la direction des soins et de l'accompagnement du patient (DSAP) et l'encadrement des pôles. Un logiciel permet d'identifier les professionnels volontaires pour des heures supplémentaires pour assurer des remplacements, selon leurs compétences et de les orienter vers les services adaptés à leur profil. Pour les personnels médicaux, l'établissement recourt à des conventions de temps partagé avec d'autres établissements, notamment le CHU de Caen, le centre hospitalier d'Avranches et celui du Havre. L'ARS est informée lorsque les effectifs ne permettent pas d'assurer une activité normée. Les titres et diplômes sont systématiquement vérifiés pour les professionnels médicaux et paramédicaux. L'établissement favorise le travail en équipe et développe les pratiques avancées avec une infirmière en pratique avancée en oncologie et une en formation en cardiologie. Chaque service dispose d'une charte de fonctionnement. L'établissement forme également ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé dans le domaine notamment de la périnatalité et des urgences. Toutefois, à ce jour, il n'existe pas de parcours formalisé d'acquisition et d'évaluation des compétences dans les services. La DSAP a engagé une réflexion avec les cadres concernés afin de le mettre en place en priorité dans les secteurs à risque. Les responsables médicaux et paramédicaux bénéficient d'un dispositif de formation managériale. Une politique de santé au travail est déployée avec suivi mensuel de l'absentéisme, analyse du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) et mise en œuvre d'actions dans le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (PAPRIPACT). Des actions concrètes visent notamment à prévenir les troubles musculosquelettiques avec acquisition de matériel adapté. Des commissions de maintien et de retour à l'emploi sont organisées régulièrement et les accidents du travail sont analysés annuellement avec plan d'action. La vaccination est assurée par le service de santé au travail et un dispositif d'écoute psychologique est proposé aux professionnels. Une journée d'accueil est organisée à chaque arrivée pour les médecins et internes avec remise d'un livret d'accueil. Un plan de sécurisation des locaux est déployé avec contrôle des accès, vidéosurveillance et dispositifs de protection des travailleurs isolés. Toutefois, aucun exercice ni formation de mise en situation n'est actuellement proposé aux professionnels pour les préparer à faire face aux risques d'atteinte à leur sécurité. Une démarche de qualité de vie au travail fondée sur un baromètre social réalisé en 2024 se traduit par un ensemble de mesures, telles que le télétravail y compris pour les médecins, la mise à disposition de vélos électriques pour les déplacements entre sites, des activités physiques proposées aux professionnels telles que des cours de salsa ou de gymnastique. La gestion des conflits est assurée en première intention par l'encadrement, puis par la direction des soins et la direction des ressources humaines avec possibilité de rencontrer un psychologue de santé au travail. Les professionnels peuvent avoir également recours à un médiateur externe. Cependant les professionnels rencontrés ne connaissaient pas tous le dispositif de résolution de conflit en place. Un groupe interprofessionnel de prévention des violences au travail est en place avec une adresse dédiée et des ateliers de communication sont proposés pour améliorer la communication interprofessionnelle.

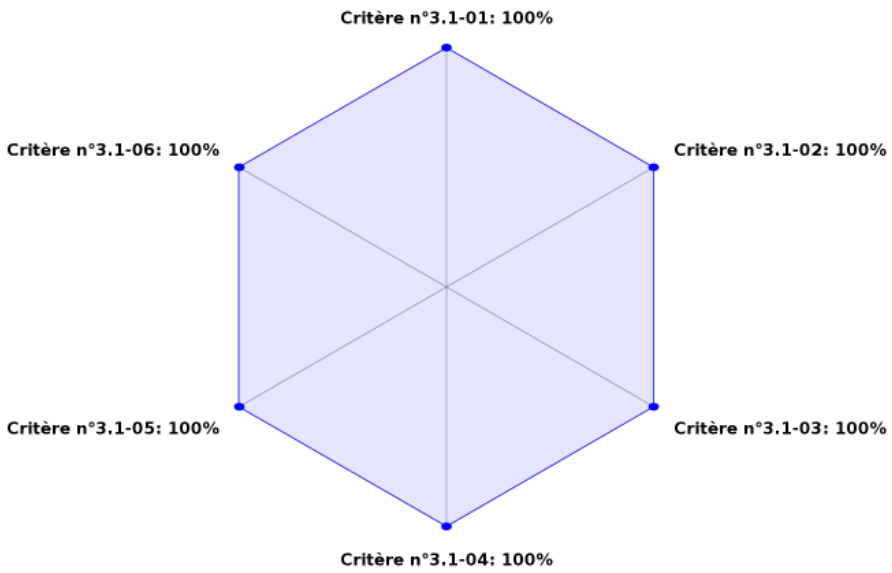
Le CHAB est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Normandie Centre dont le CHU de Caen est l'établissement support. Il a établi de nombreuses conventions et coopérations au sein du territoire, y compris au-delà du GHT. Il participe à différentes filières territoriales et aux comités de pilotage associés, notamment la filière soins palliatifs, la filière précarité et migrants, la filière d'appui à

la coordination des situations complexes et la filière gérontologique. Il est également membre du groupement de coopération sanitaire Axanté Bessin Camp Ouest Pré bocage. Le CHAB est acteur du projet territorial de santé mentale. Il participe au comité local de santé mentale réunissant les professionnels de la mairie, les forces de l'ordre, les services tutélaires et les bailleurs sociaux, qui se réunit deux fois par an. Dans ce cadre, il participe au suivi des indicateurs et aux actions de prévention, notamment dans le champ du suicide des adolescents et de la périnatalité. Les postes médicaux partagés, les réunions pluriprofessionnelles et l'utilisation d'une plateforme de télé expertise dans plusieurs spécialités, avec un télésuivi notamment en cancérologie, en diabétologie et en cardiologie, facilitent l'orientation vers les structures les plus appropriée. L'établissement organise les prises en charge non programmées. Des créneaux d'urgences sont réservés dans les secteurs de consultation et les entrées directes sont possibles dans toutes les spécialités. L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées. Il favorise les entrées directes des patients de plus de 75 ans grâce notamment à une astreinte médicale gériatrique ; en court séjour gériatrique, 60 % des admissions sont réalisées en entrée directe sans passage par les urgences. L'établissement est facilement joignable par les usagers et par les professionnels correspondants. Une organisation dédiée à la recherche clinique est en place avec un attaché de recherche clinique (ARC) temps plein, un médecin responsable et l'inclusion de patients des plusieurs projets de recherche impulsé notamment par le CHU de Caen. Il contribue à la formation des professionnels de santé sur le territoire, notamment par la mise à disposition de professionnels paramédicaux pour les formations aux gestes et soins d'urgence au CHU de Caen et par la participation à la formation des médecins de ville dans le cadre de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). L'établissement accueille de nombreux internes, externes et stagiaires paramédicaux ; toutefois, à ce jour, la satisfaction des stagiaires paramédicaux n'est pas évaluée.

Face au vieillissement des bâtiments, le CHAB est engagé dans un programme de maintenance et de modernisation des infrastructures et des équipements ; malgré leur ancienneté, les locaux sont entretenus et propres. Des travaux d'isolation et l'installation de LED par exemple contribuent à la réduction des dépenses énergétiques. Par ailleurs, lors des dialogues stratégiques trimestriels, la consommation énergétique des services est présentée à la gouvernance des pôles afin de sensibiliser les professionnels. Une politique de développement durable, fondée notamment sur un audit énergétique externe, est déployée avec des référents et un groupe interne dédié. La démarche de responsabilité sociétale (RSE) est intégrée, notamment dans la procédure de marchés publics qui favorise les achats écoresponsables en valorisant les actions de réduction des déchets et des suremballages des fournisseurs. La mise en place de nombreuses filières de tri : biodéchets, papier, plastique, carton, métaux, verre, conserves, palettes, films de palettes, déchets électroniques et piles, en complément des déchets d'activités de soins à risques infectieux et des déchets assimilés aux ordures ménagères contribuent à la démarche écoresponsable.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

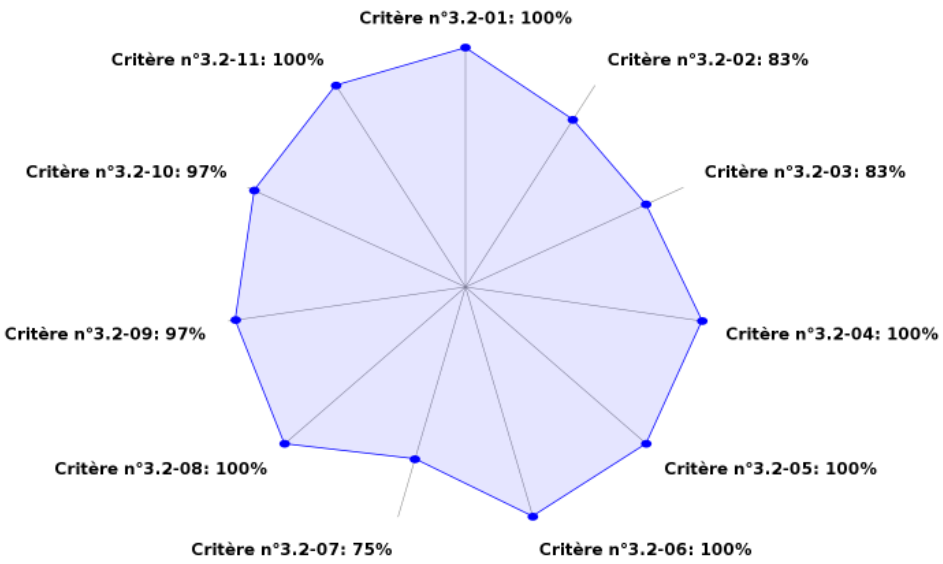
Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	100%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **94%**

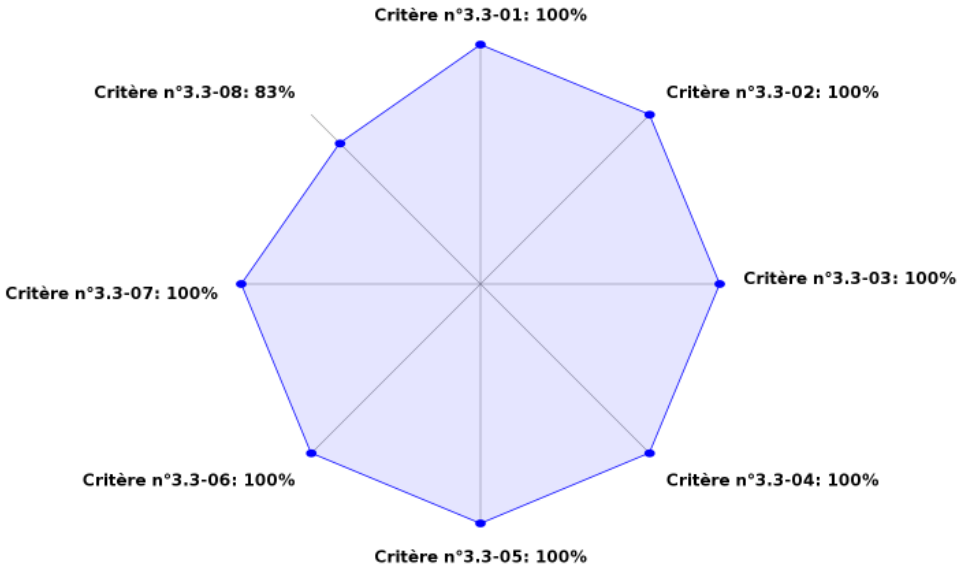


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	83%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	83%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	75%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	97%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	97%

3.2-11	L’établissement favorise le travail en équipe	100%

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

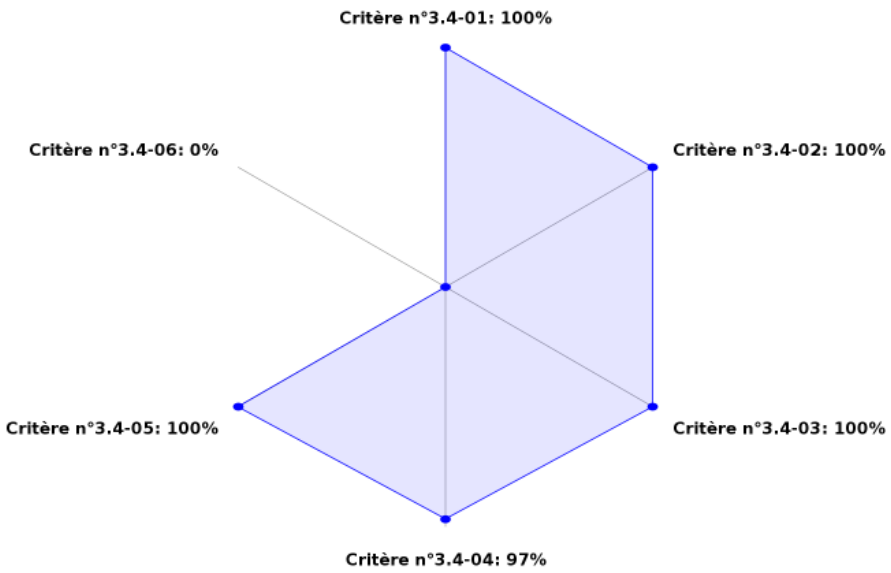
Score de l'objectif **98%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-03	L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM)	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	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%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	83%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **99%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	97%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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 – Mai 2026