



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR**

1 rue bon sauveur  
22140 Begard



Validé par la HAS en Novembre 2021

---

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 – Septembre 2021

# 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 2021	20
Annexe 3. Programme de visite	21

# 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 avec mention.

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR	
Adresse	1 rue bon sauveur 22140 Begard FRANCE
Département / Région	Côtes-d'Armor / Bretagne
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

**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	220000210	FONDATION BON SAUVEUR	Bp 1 22140 Begard FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2021

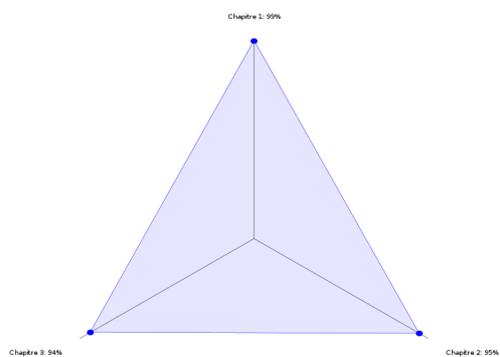
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

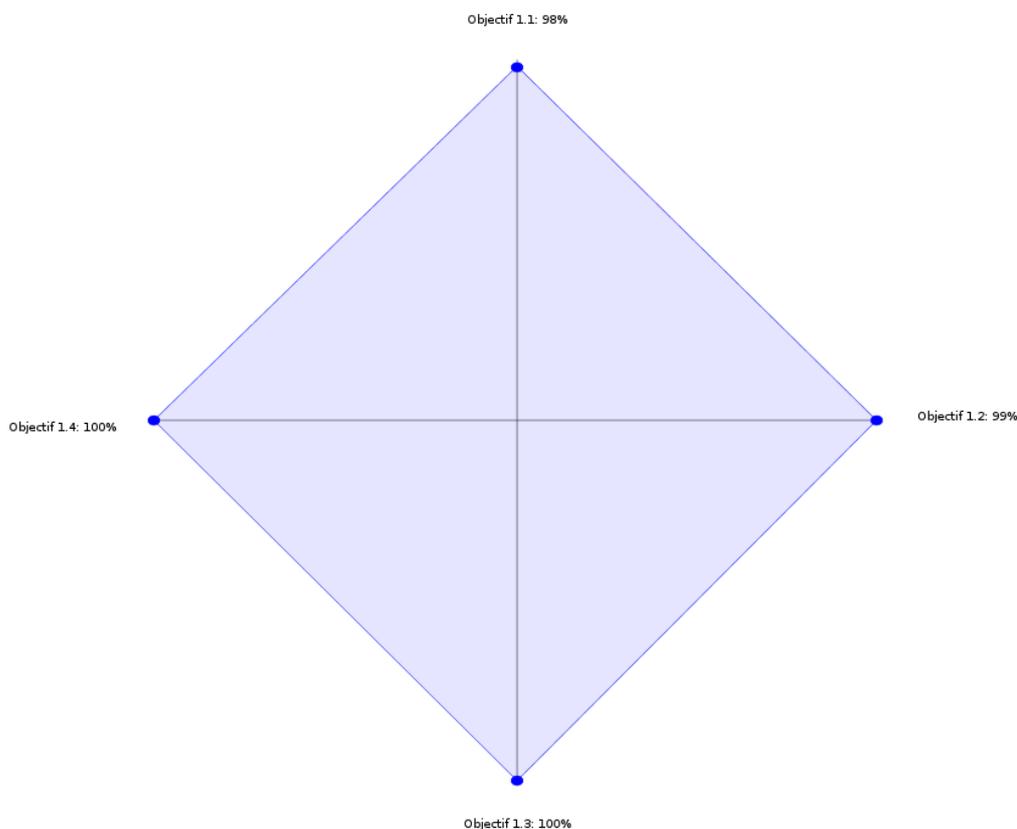
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, **106** critères lui sont applicables

# Résultats



# Chapitre 1 : Le patient



La fondation du Bon Sauveur à Bégard (Côte d'Amor) couvre en santé mentale la partie ouest du département avec deux pôles de psychiatrie adultes et un pôle de psychiatrie infanto-juvénile; elle a développé des dispositifs spécifiques: cellule de prévention du suicide, accompagnement précoce des enfants avec troubles du spectre de l'autisme (labellisation niveau 2), équipe de réhabilitation ambulatoire psychosociale, thérapie familiale, développement d'équipes mobiles spécialisées sur le territoire (addictologie, pédopsychiatrie, précarité, psychogériatrie).

Les attendus du référentiel sont atteints.

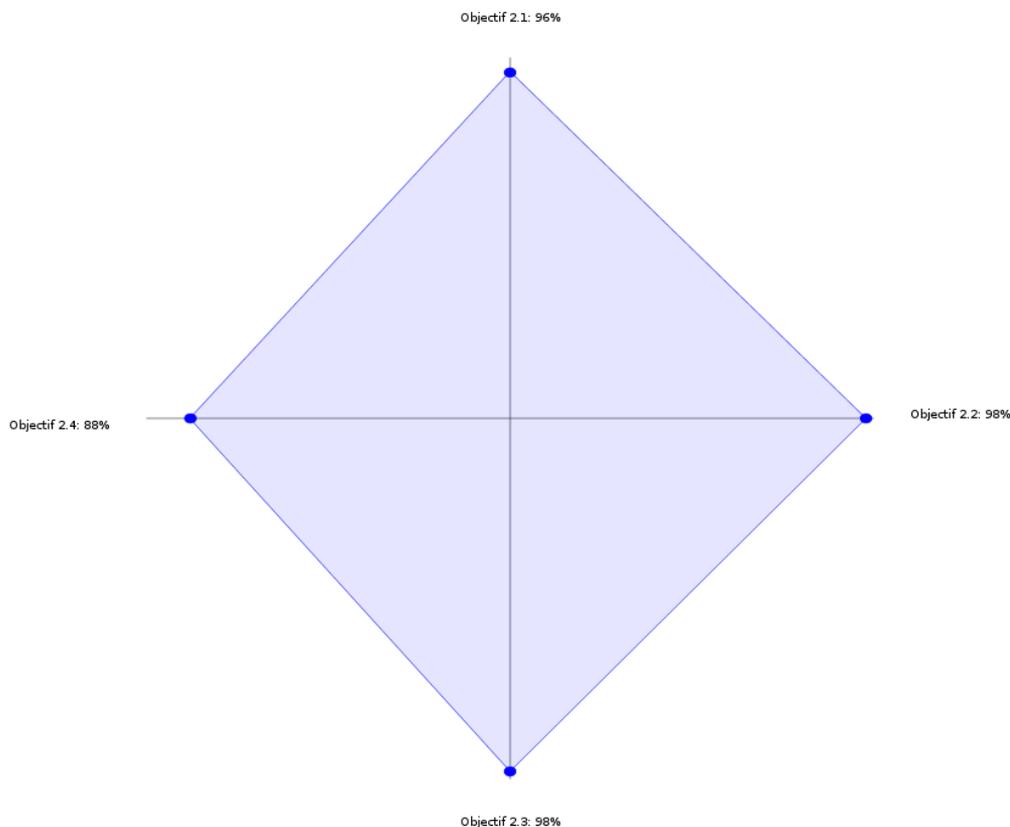
En particulier, l'établissement a su concrètement mettre en oeuvre sa politique de respect des droits du patient sous toutes ses formes: confidentialité, dignité, intimité, information claire et adaptée, recueil du consentement libre et éclairé à chaque fois que possible, prise en compte de la douleur physique et psychique: les locaux en très grande partie rénovés ou reconstruits contribuent au respect de ces droits par des conditions d'accueil, d'hébergement, de vie très favorables. Les patients rencontrés pendant la visite, les parcours réalisés ont unanimement souligné cet environnement adapté.

Ensuite, il a été constaté que le patient était sollicité pour partager et construire son projet de soins personnalisé tout au long de sa prise en charge, de même que les aidants et/ou familles sont étroitement associés à la mise en oeuvre du projet de soins avec l'accord du patient.

De même les représentants des usagers sont très impliqués dans la vie de l'établissement mais aussi dans les services ; leur expression est favorisée à tous les niveaux (forum citoyen, journée des usagers, représentation dans les instances, projet des usagers, label "droits des usagers", permanences).

Quelques pistes d'amélioration ont été constatées (formalisation du projet de soins personnalisé en hôpital de jour et CATTP dans le but de partager le document avec le patient, pratiques professionnelles à clarifier pour la salle d'apaisement dans l'unité de géronto psychiatrie pour garantir la liberté d'aller et de venir.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



La caractéristique forte de l'établissement au regard des attendus du référentiel réside dans la coordination de la prise en charge du patient pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Cette coordination facilite la recherche de la pertinence des parcours en équipe, des actes et des prescriptions; les restrictions de liberté, limitées, sont argumentées et réévaluées. Le dossier du patient contient les éléments constitutifs de cette coordination et de cette argumentation.

L'examen somatique est systématiquement réalisé et la concertation entre somaticiens et psychiatres est constante.

Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. On peut citer le circuit des médicaments à risques et celui des antibiotiques, la collaboration entre les services cliniques et la pharmacie et l'initiation de la démarche de conciliation médicamenteuse, le colloque singulier soignant/ patient pour l'administration des médicaments.

L'hygiène et la lutte contre le risque infectieux est également maîtrisé.

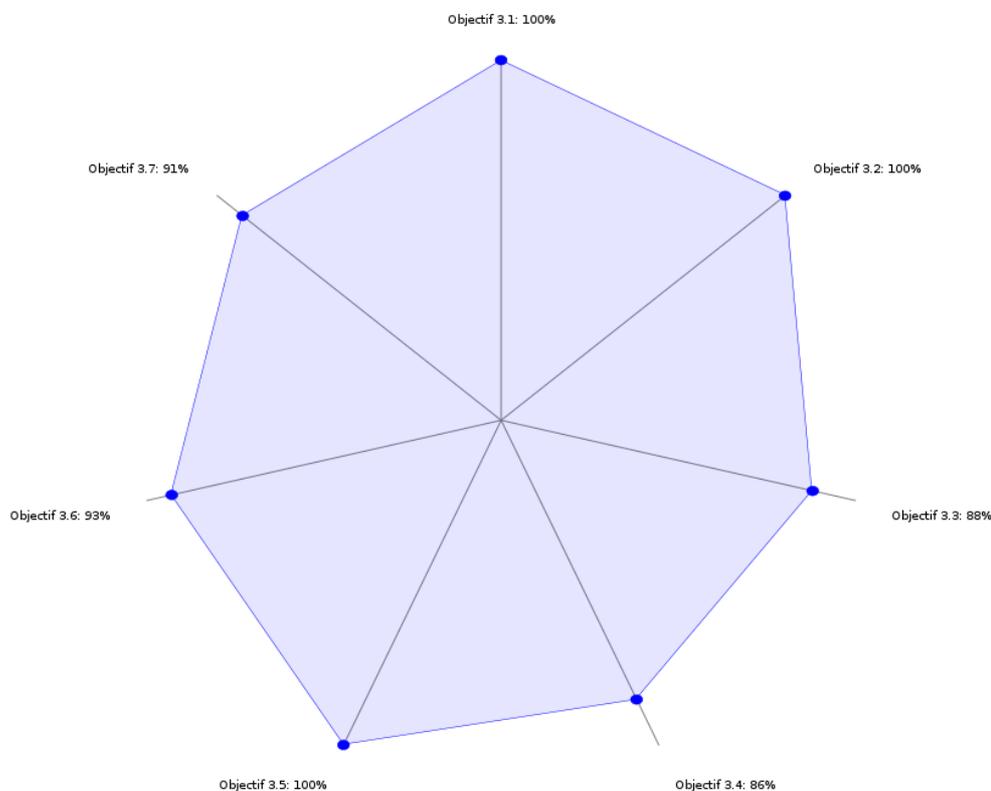
Les équipes mettent en place des actions d'amélioration sur la base de l'évaluation de leurs pratiques et de l'analyse des événements indésirables. Cependant, les rencontres avec les professionnels et les traceurs ciblés ont mis en exergue des améliorations potentielles au regard des attendus du référentiel:

- un point particulier concernant le manque de traçabilité des contrôles de températures des réfrigérateurs dans

quelques unités

- un point plus général concernant l'appropriation par les professionnels de la démarche d'évaluation et de l'analyse des résultats; les CREX réalisés dans les unités de manière inégale en termes de régularité; les indicateurs spécifiques aux prises en charge ne sont pas tous suivis (exemple: addictologie); la culture de l'identitovigilance secondaire n'est pas encore partagée par toutes les unités et pas évaluée
- la lettre de liaison n'est pas partout remise au patient et transmise le jour de la sortie au médecin traitant (unité addictologie et sainte camille par exemple)

## Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement participe activement aux projets territoriaux de parcours; il en est parfois l'initiateur et tisse des liens étroits et continus avec de très nombreux partenaires sanitaires, médico-sociaux, sociaux, permettant de coordonner les prises en charge.: coopération avec les maisons de santé, dispositif permettant un contact rapide et direct entre les unités et les partenaires, , déploiement d'équipes mobiles territoriales.

Par ailleurs l'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement au travers la place donnée aux représentants des usagers; la devise de la Fondation, "non pas faire pour le patient mais faire avec lui", se traduit par des actions concrètes. Toutes les formes de recueil de l'expression du patient et de ses représentants sont promues. La lutte contre la maltraitance ordinaire est un engagement de chaque instant pour les équipes et l'établissement, se traduisant concrètement dans les unités par un respect des patients constaté lors des parcours traceurs.

La gouvernance place la qualité et la sécurité des soins au coeur de son management; elle déploie sa politique en lien étroit avec la CME, les pôles et les unités et impulse une culture de sécurité des soins. La déclinaison de cette politique est constatée dans les unités, les indicateurs IQSS sont analysés et exploités à l'échelle de l'établissement et des unités.

Le travail en équipe est largement favorisé; de fait il est très répandu, même si ce la ne se traduit pas pour le moment par des démarches formalisées type PACTE.

Une politique de qualité de vie au travail est déployée sur la base d'une enquête d'opinion réalisée tous les trois ans avec mise en oeuvre d'un plan d'actions par pôle; elle se traduit par des conditions d'exercice qualifiées de satisfaisante par les professionnels rencontrés: locaux et matériels adaptés, plan de formation abondant, parcours du nouvel arrivant, aide psychologique et médiation possibles, traitement des E.I.); le coaching n'est pas étendu aux médecins de l'établissement.

Les CREX sont nombreux et réguliers mais ne sont pas tous partagés dans les pôles et dans l'établissement.

Les tensions et situations sanitaires exceptionnelles sont maîtrisées; les risques particuliers (suicide, urgences vitales, atteinte aux biens et aux personnes) font l'objet d'une réponse institutionnelle particulière (organisation, formation des professionnels, gestion documentaire). Le plan blanc n'a cependant pas fait l'objet d'un exercice récent.

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2021
- 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	220000210	FONDATION BON SAUVEUR	Bp 1 22140 Begard FRANCE
Établissement principal	220000608	CENTRE HOSPITALIER BON SAUVEUR - CMP/CATTP HJ BEGARD - HJ ADDICTOLOGIE	1 rue bon sauveur 22140 Begard FRANCE
Établissement géographique	220013056	HJ ENFANTS GUINGAMP	13 Chemin des Capucins Park Marvailh 22200 PABU FRANCE
Établissement géographique	220022586	HJ CATTP ENFANTS DE PAIMPOL	39 rue du general leclerc 22500 PAIMPOL FRANCE
Établissement géographique	220020663	CATTP DE CAVAN	36 rue charles et henri avril 22140 CAVAN FRANCE
Établissement géographique	220020903	CMPEA/CATTP/HJ FRANCOISE DOLTO	3 rue charles gerhardt 22300 LANNION FRANCE
Établissement géographique	220018329	CMP/CATTP DE CALLAC	5 rue des martyrs de la resistance 22160 Callac FRANCE
Établissement géographique	220018238	CMP/CATTP/HJ ADULTES PAIMPOL & CMPEA	11 rue du 18 juin 22500 Paimpol FRANCE
Établissement géographique	220018279	CMP/CATTP DE SAINT-QUAY-PORTRIEUX	35 boulevard marechal foch 22410 Saint-Quay-Portrieux FRANCE
Établissement géographique	220018394	CMP/CATTP DE QUINTIN	22 rue du maréchal leclerc 22800 Quintin FRANCE
Établissement géographique	220005672	CMP/CATTP/HJ ADULTES DE GUINGAMP	17 bis rue armor 22200 PABU FRANCE
Établissement géographique	220018188	CMP/CATTP/HJ ADULTES DE LANNION	7 rue de keram pont 22300 Lannion FRANCE
Établissement géographique	220018527	CMPEA CATTP ENFANTS DE GUINGAMP	13 Chemin des Capucins Park Malvailh 22200 PABU FRANCE
Établissement			Pont canada

géographique	220018550	CMP/CATTP TREDARZEC	22220 Tredarzec FRANCE
--------------	-----------	---------------------	------------------------

## Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2021

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG
2	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
3	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
4	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
			Tout l'établissement Ambulatoire	

7	Patient traceur		Patient âgé Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
12	Audit système	Entretien Professionnel		
			Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	

13	Parcours traceur		Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Psychotropes + ATB
15	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
19	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os et injectable + ATB

20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
21	Parcours traceur		Tout l'établissement Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
22	Audit système	Maitrise des risques		
23	Audit système	Dynamique d'amélioration		
24	Audit système	Représentants des usagers		
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Psychiatrie et santé mentale Hospitalisation complète Programmé	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

27	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport
28	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
30	Audit système	Entretien Professionnel		
31	Audit système	Entretien Professionnel		
32	Audit système	QVT & Travail en équipe		
33	Audit système	Engagement patient		
34	Audit système	Leadership		
35	Audit système	Coordination territoriale		
36	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
38	Parcours traceur			
39	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		TC non applicable

---

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

---

