HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE

1 rue roger signor
Bp 43083
29123 Pont L'Abbe



Validé par la HAS en Septembre 2022

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr

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

Sommaire

Préambule 4
Décision 7
Présentation 8
Champs d'applicabilité 9
Résultats 10
Chapitre 1 : Le patient 11
Chapitre 2 : Les équipes de soins 14
Chapitre 3 : L'établissement 18
Table des Annexes 23
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche 24
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l’établissement en 2022 25
Annexe 3. Programme de visite 29

Préambule

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

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

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

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

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

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

- de populations spécifiques : enfant et adolescent, patient âgé, personne en situation de handicap,
- de modes de prise en charge spécifiques : ambulatoire, hospitalisation à domicile (HAD), SAMU-SMUR, urgences, soins critiques (soins continus, soins intensifs et réanimation)
- de secteurs d'activités spécifiques : chirurgie et interventionnel, maternité, psychiatrie et santé mentale, soins 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, siune évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

… et sur des méthodes

• 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.

• Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

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

Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE	
Adresse	1 rue roger signor Bp 43083 29123 Pont L'Abbe Cedex FRANCE
Département / Région	Finistère / 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	220020739	HOSPITALITE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE	29 rue charles cartel 22400 LAMBALLE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

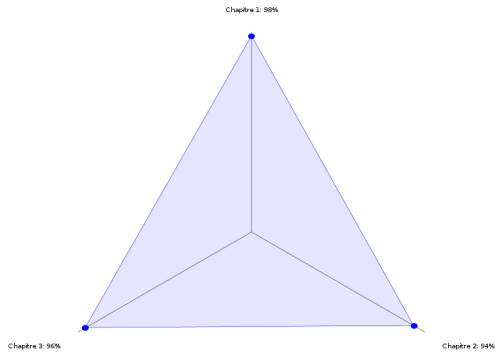
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation à domicile
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
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

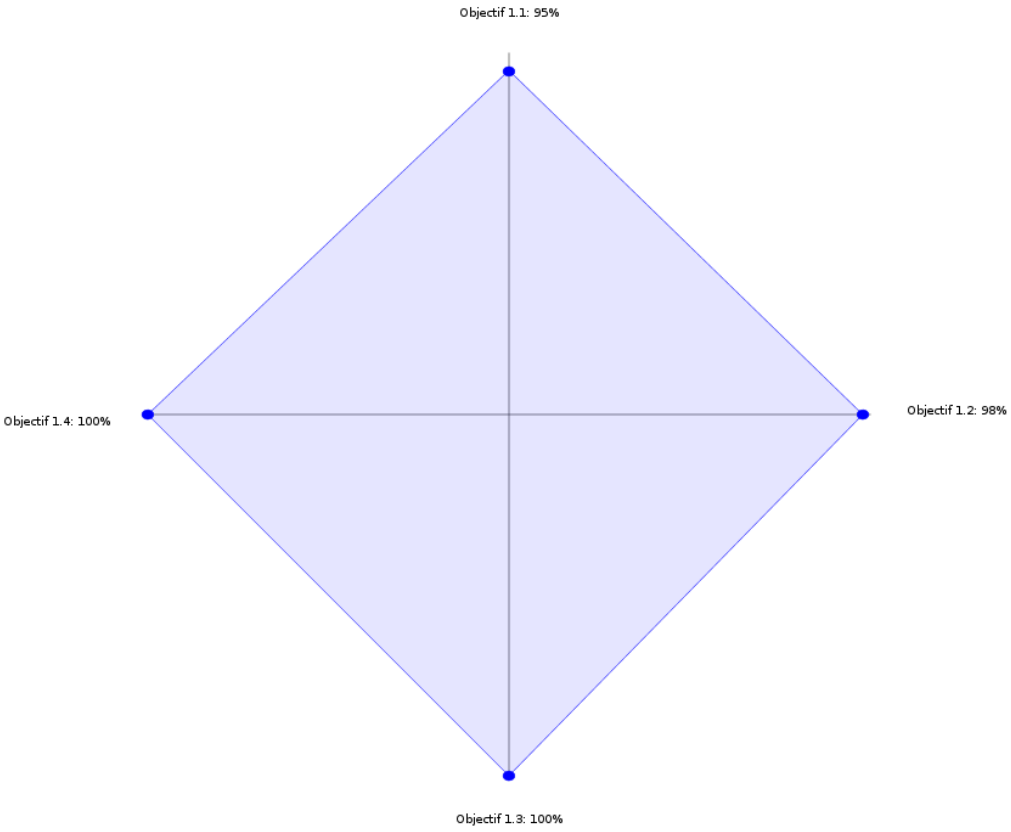
Au regard du profil de l'établissement,129 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



98%

du score maximal

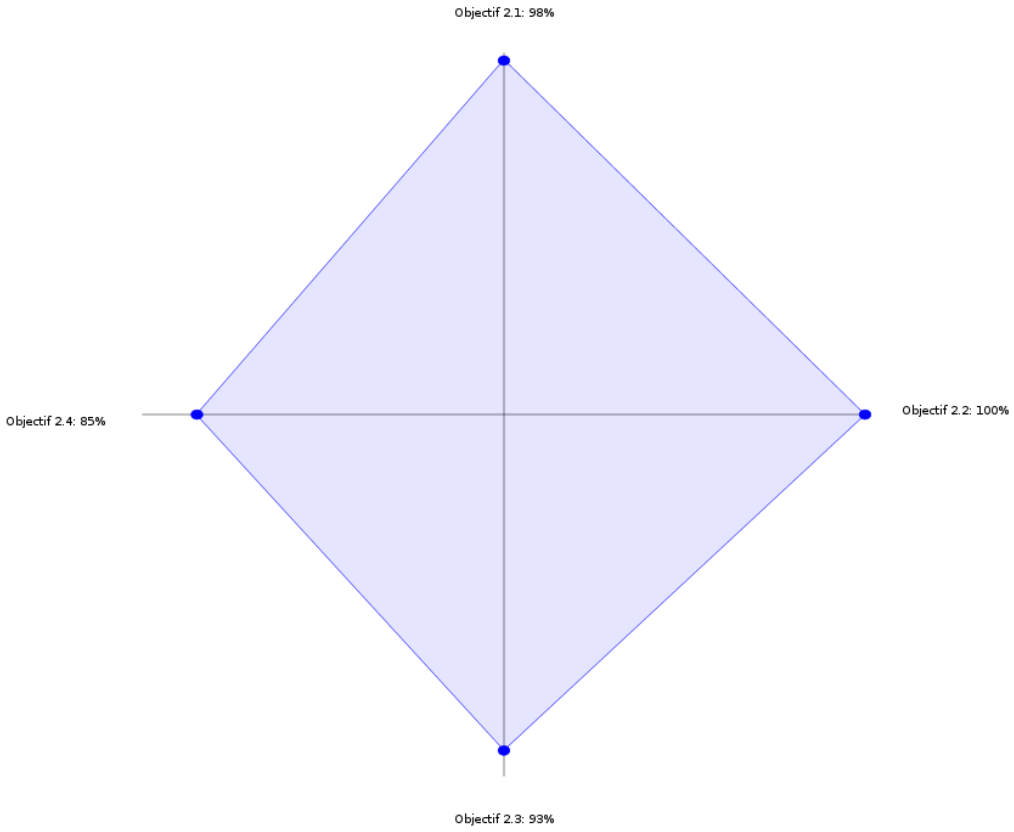
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	95%
1.2	Le patient est respecté.	98%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'information du patient, le recueil de son consentement et son implication dans sa prise en charge sont recherchés dans l'ensemble des services. Les patients expriment recevoir une information claire et adaptée à leur degré de discernement tout au long de leur séjour de l'admission jusqu'à la sortie. En hospitalisation programmée, le patient est informé des modalités de sa prise en charge et de son traitement au cours de la consultation précédent son admission. Compte tenu de la population accueillie, en majeure partie, des personnes âgées, l'entourage est associé à cette démarche d'informations et sollicité pour les patients présentant des troubles cognitifs ou pour les situations palliatives. De nombreux outils institutionnels permettent d'assurer l'information du patient sur ses droits par l'affichage sur la promotion primaire (violence conjugale, tabac, addictions, nutrition…), la charte du patient hospitalisé et la charte de Romain Jacob. Une affiche sur les

droits des patients est présente dans chaque chambre en sus de l'affichage dans les entrées et couloirs. En santé mentale, les patients ne bénéficient pas toujours d'interventions sur la promotion primaire. Le livret d'accueil est remis au patient lors de son entrée. Malgré les informations inscrites dans le livret d'accueil, les échanges ont montré qu'une proportion importante des patients n'a pas connaissance du recours possible aux représentants des usagers (RU) et associations de bénévoles susceptibles de les accompagner. Les patients ne connaissent pas la démarche de déclaration des évènements indésirables (EI) et cette information n'était pas inscrite dans le livret d'accueil. L'établissement a fait preuve de réactivité car lors de la visite une fiche explicative sur la déclaration des EI par les patients a été intégrée au livret d'accueil. Les professionnels sont attentifs à répondre aux besoins des patients de façon adaptée à leur état de santé. Les professionnels permettent aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge. L'expression du patient sur son consentement libre et éclairé est assurée lors des consultations ou à l'arrivée du patient et intégrée dans le dossier patient. Pour l'hospitalisation en ambulatoire un contact par sms à J-1 est envoyé au patient. Le recueil de la personne de confiance est assuré et tracé dans tous les dossiers. Concernant les directives anticipées elles sont recherchées (exprimées par les patients) mais elles ne sont pas toujours tracées dans les dossiers médicaux. En oncologie, l'expression de la conduite à tenir en fin de vie exprimée par les patients est notifiée en début des observations médicales pour que chaque médecin intervenant en urgence ait la connaissance de ces consignes. L'information préalable à l'administration des produits et dérivés sanguins est organisée et tracée dans le dossier du patient. Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction au travers de l'enquête e-satis et des questionnaires de sortie. Des enquêtes de satisfaction sont également réalisées dans plusieurs services comme en HAD, en SSR Saint Joseph à Quimperlé et en santé mentale. Des modalités d'informations spécifiques sont mises en œuvre pour les patients en cas d'implantation de stimulateurs cardiaques (Pace Maker). Une carte d'implant renseignée est remise aux patients. L'établissement a mis en œuvre des dispositions contribuant au respect du patient et de son entourage. La plupart des locaux de l'établissement, ainsi que l'organisation des prises en charge permettent le respect de l'intimité et la dignité du patient. L'environnement pour la prise en charge des enfants est adapté au service des urgences et les professionnels bénéficient de formations pour cette prise en charge spécifique dans les services de pédiatrie du Centre Hospitalier de Quimper. Bien que les services de SSR de l'Hôtel Dieu et de santé mentale ne sont dotés que de 2 douches par service (l'architecture du bâtiment ne permet pas la construction de nouvelles douches), les professionnels mettent en place des actions permettant le maintien de l'hygiène des patients. Un projet architectural est en cours avec la reconstruction d'un nouveau bâtiment prévu dans 2 ans. L'évaluation pour l'autonomie et le handicap du patient est régulière et permet de mettre en place des aides techniques et humaines. Pour exemple, les professionnels expliquent qu'en cas de handicap visuel, ils aident les patients à se repérer dans leur nouvel environnement afin de favoriser leur autonomie. Pour les personnes malentendantes, dès leur arrivée des badges leur sont mis à disposition pour prévenir leurs interlocuteurs de leur handicap. Pour les patients ayant des troubles de la communication, ils utilisent des ardoises et des planches avec pictogramme. Une aide-soignante est formée à la lecture du « braille ». En USLD, les chambres sont munies de domotique pour faciliter les transferts des patients. Une unité d'hospitalisation de jour a ouvert depuis un an pour l'accueil des patient dans le cadre de la prévention des chutes. La contention mécanique est une pratique peu fréquente dans l'établissement. Si elle doit être mise en place, une réflexion bénéfice risque est engagée, les modalités de surveillance, la réévaluation et le consentement du patient et/ou de sa famille sont tracées dans le dossier patient. Le patient bénéficie par tous les professionnels de soins, d'une évaluation de la douleur visant à l'anticiper et à la soulager. Les mesures sont répétées, menées avec des échelles adaptées, analysées et prises en compte. En revanche, pour les prescriptions conditionnelles de traitement antalgique (si besoin) le niveau ou tolérance à la douleur n'est pas précisé. Il n'existe pas de protocole de prise en charge de la douleur dans ce contexte. L'établissement a intégré un protocole au cours de la visite dans le dossier informatisé avec un paramétrage de niveau de la douleur en cas de prescription conditionnelle. Les proches et/ou aidants sont parties prenantes de la prise en charge du patient. Dans tous les services, l'implication du patient et/ou ses proches, la covalidation du projet

personnalisé de soins sont recherchées tout au long du séjour. Les proches sont considérés, à la fois par leur présence et leur implication (adaptée à leur souhait) auprès du patient et cela quel que soit le profil. Dans le cas de prises en charge complexes, les professionnels proposent aux familles de s'entretenir avec la psychologue. Dans le contexte de la crise sanitaire, l'implication des proches du patient est toujours recherchée et facilitée, avec l'accord du patient, dans l'ensemble des secteurs, y compris au service d'accueil des urgences, pour la mise en œuvre du projet de soins. Pour la prise en charge en HAD, le projet de soins est expliqué conjointement au patient et aux proches afin de recueillir leur adhésion. Une pochette contenant toutes les informations et l'organisation de la prise en charge en HAD est remise au patient. La recherche des ressources propres aux situations de vie quotidienne impliquant les patients et leur entourage est favorisée. Une évaluation des besoins et des préférences du patient et des proches est réalisée le jour de la première rencontre. Si une situation se révèle complexe, l'assistante sociale intervient au domicile. La situation sociale et le contexte habituel de vie du patient sont intégrés dans son projet de soins. A l'arrivée du patient, ses habitudes de vie et ses conditions de vie habituelles sont recensées avec le patient par les différents professionnels. Elles sont prises en compte pour l'élaboration de son projet de soins et la préparation de la sortie. Afin de maintenir l'autonomie des résidents en USLD, des activités sont proposées. Un planning est proposé aux patients et affiché. En santé mentale, des activités thérapeutiques en atelier sont mises en place pour favoriser leur inclusion sociale : musicothérapie, arthérapie, séances de yoga … Un bilan social est réalisé lors du séjour du patient afin d'anticiper les besoins du patient pour sa sortie. Il est pris en compte dans son projet de soins lors des réunions pluridisciplinaires. Une ergothérapeute réalise une évaluation de l'autonomie du patient afin d'identifier ses capacités pour le retour au domicile. Elle peut, si besoin, réaliser des visites au domicile du patient pour aider les familles à organiser le domicile. Ainsi, la sortie du patient est préparée avec lui/son entourage et selon une approche pluri professionnelle, en particulier favorisée par la présence permanente d'une assistante sociale et des IDE coordinatrices de l'HAD.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



94%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	93%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	85%

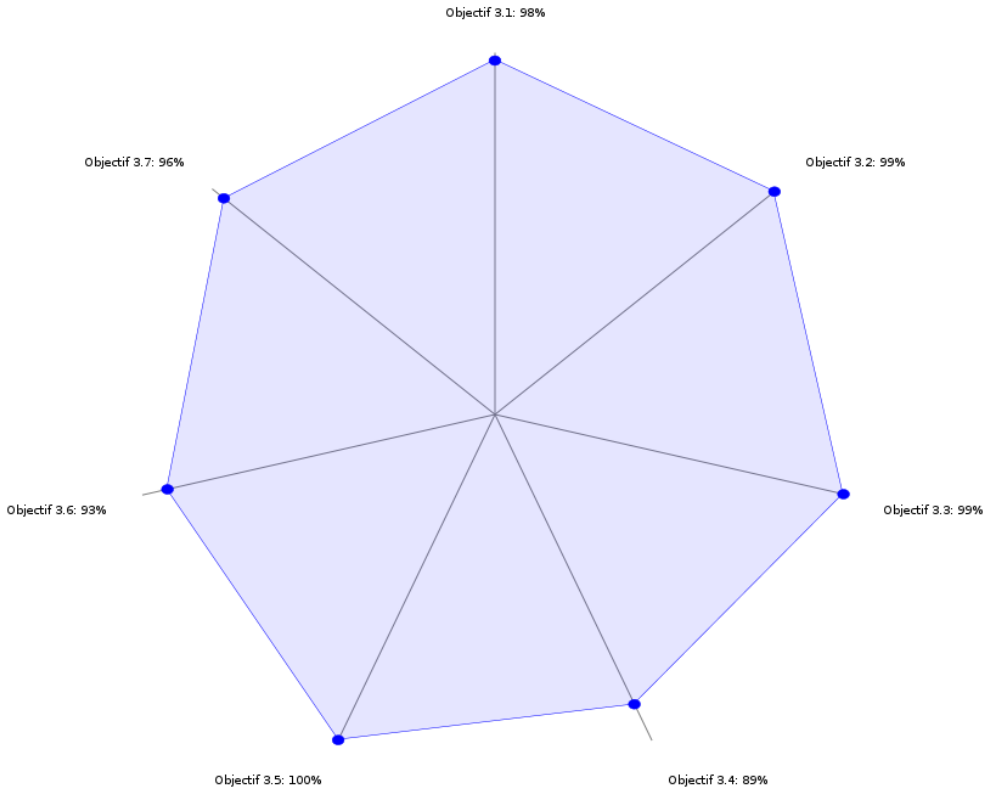
La pertinence des actes, des prescriptions, des soins est argumentée. Dans toutes les disciplines la pertinence des décisions, des prescriptions et des actions de soins est recherchée. La justification des actes interventionnels ou invasifs est retrouvée dans les dossiers des patients. Les modalités de leur prise en charge sont discutées selon un mode pluridisciplinaire notamment dans le service d'USC et dans l'unité de soins palliatifs pour l'arrêt thérapeutique mais aussi devant toute situation complexe. La pertinence de l'orientation du patient par les équipes du service des urgences est basée sur une pré définition de filières, adaptées à la pathologie et aux besoins des patients, en particulier les : enfants, sujet âgés ou vulnérables. L'orientation en HAD est déterminée le plus tôt possible et l'expertise pluridisciplinaire apportée sur le lieu de vie du patient permet la majoration de la pertinence d'analyse des capacités d'adaptation du patient à son domicile. Les

prescriptions d'antibiotiques font l'objet d'une justification au regard de l'antibiogramme ou de l'identification du problème infectieux, elle est tracée dans le dossier patient. Un système bloquant dans le DPI empêche la prescription pour plus de 3 jours. Les équipes médicales peuvent s'appuyer sur la biologiste référente antibiotique et les infectiologues du CH de Quimper, secondée par la pharmacienne du site. La sécurité transfusionnelle est maitrisée et la pertinence des prescriptions de produits sanguins labiles est réfléchie en équipe et argumentée. En santé mentale, il n'y a pas de contention ni d'isolement. Les patients signent à leur entrée le contrat de prise en charge où il est fait état dans le cadre du soin, de l'absence de visite lors de la 1ere semaine du séjour. Les appels téléphoniques sont libres et la situation est réévaluée quotidiennement lors des visites des médecins. Les équipes sont coordonnées pour assurer une prise en charge adaptée et continue. Aux urgences (SAU) , les patients sont accueillis et orientés par des professionnels formés dans l'accueil et l'orientation (IAO) et selon une échelle de tri. La régulation médicale est assurée par le SAMU de BREST qui déclenche l'intervention du SMUR du CH de Pont l'Abbé. A leur arrivée aux urgences, les patients sont pris en charge très rapidement, même en cas de forte affluence lors des saisons estivales. Les patients sont installés dans les box ou chambres (2 chambres en hospitalisation de courte durée) dès leur arrivée. Afin d'obtenir les résultats biologiques rapidement un laboratoire délocalisé est en place dans le service des urgences. Il est supervisé par les biologistes du laboratoire territorial. Les dossiers pré hospitaliers du SMUR comportant les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge, transmis au SAU, sont scannés et intégrés dans le dossier informatisé de l'établissement, un duplicata est archivé afin de garder une trace et assurer l'analyse des prises en charge par le SMUR. Le dossier du patient (DPI) est complet et accessible aux professionnels impliqués. Il est informatisé sur l'ensemble des deux structures de l'établissement (Pont l'Abbé et Quimperlé). Tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient sont tracés (Antécédents, allergies traitements, motifs d'hospitalisation, projets de soins, intervention du SMUR…). Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support, …) partagent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient (traçabilité et accès au dossier). Le service des urgences a également accès aux dossiers des hospitalisations précédentes. Les professionnels de l'HAD ont accès au dossier informatisé des patients. Un dossier papier au domicile du patient permet la traçabilité des transmissions inter équipe. Les informations permettant la continuité des soins lors d'un transfert intra ou extrahospitalier intègrent : l'identité complète du patient, les antécédents, les facteurs de risque, les conclusions de l'hospitalisation des services adresseurs, les résultats des derniers examens complémentaires, les prescriptions. En revanche, le mode d'adressage des patients entrés après appel du médecin traitant n'est pas tracé dans le dossier médical. L'établissement a fait preuve de réactivité au cours de la visite par l'élaboration d'un paramétrage d'une liste déroulante des différents modes d'entrée dans le DPI. La coordination pluri professionnelle des équipes est effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins des patients. Cette coordination a été constatée dans toutes les disciplines et services de soins. La mise en place de réunions pluridisciplinaires, staffs médico soignants, transmissions orales et écrites, contribuent à une approche globale et concertée des patients. Ces réunions permettent de fixer les objectifs de soins adaptés en fonction de l'état de santé, de l'évolution du patient et ainsi le réajustement du projet de soins en continu. En HAD des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires sont en place ainsi qu'une réunion de coordination avec les intervenants au domicile. Une RCP palliative sur le territoire est assurée avec l'unité de soins palliatifs du CH de Douarnenez. La coordination de la prise en charge en HAD est assurée conjointement avec le médecin traitant. L'organisation de l'activité assure au patient les interventions des soignantes 7j/7 et 24h/24. La prise en charge des urgences vitales est organisée et formalisée. Le médecin coordonnateur fait appel soit au médecin traitant soit à la structure adressante ou au SAMU/SMUR. Une mallette de soins d'urgence est mise en place au domicile du patient sécurisée et scellée prescrite par le médecin coordonnateur. En SSR, Chaque semaine, une commission pluridisciplinaire statue sur la pertinence des demandes d'admission et de séjour en SSR. Des réunions hebdomadaires réunissant l'équipe médico soignante du patient pour le réajustement du projet de soins en continu permettent de fixer les objectifs de soins contributifs au projet de soins personnalisé et d'assurer le suivi des fragilités. Le projet de soins est ainsi réévalué et les synthèses tracées dans le dossier du

patient. La pertinence du maintien en SSR est assurée lors de ces réunions. Les équipes peuvent avoir recours, si nécessaire, à des correspondants experts internes et externes dont les modalités de recours sont connues : équipe mobile en soins pallaitifs, équipe addiction mobile (ELSA), équipe mobile de gériatrie, IDE titulaires de DU plaies et cicatrisation, CLUD … La prise en charge palliative, pluridisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée est effective et maitrisée. Des ressources de formation et d'accompagnement des professionnels qui exercent dans ce secteur, sont mises à disposition. Le processus interventionnel est maitrisé et respecte la charte du bloc. La gestion des urgences et des reprogrammations est effective. Les professionnels des secteurs interventionnels ont accès au dossier informatisé du patient. La check liste « sécurité du patient » au bloc et en endoscopie est mise en œuvre de façon exhaustive. En santé mentale, un examen somatique à l'arrivée du patient est réalisé dans les 24/48h. Un médecin somaticien est présent sur 3 demi-journées. En son absence, si besoin, les équipes peuvent faire appel aux praticiens des urgences. La conciliation médicamenteuse est une démarche en préparation. L'établissement a identifié le profil des patients (patients de plus de 75 ans, polymédicamentés, entrés par les urgences en médecine polyvalente). 4 conciliations médicamenteuses ont eu lieu en 2019. A la sortie du patient, la lettre de liaison est systématiquement donnée au patient ou à ses proches le jour de la sortie mais elle n'intègre pas toujours le comparatif entre le traitement à l'entrée et le traitement à la sortie et le bilan thérapeutique des traitements. Au SSR de Saint Joseph, une infirmière en temps dédié assure l'information au patient du comparatif de traitement à J-1 mais ne le trace pas toujours dans le dossier du patient. En chirurgie ambulatoire, l'autorisation de sortie est validée. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont mises en œuvre dans tous les secteurs. L'organisation des vigilances sanitaires est effective et connue des professionnels. Les équipes maitrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs en termes de prescription, surveillance et traçabilité. La pertinence de leur maintien est réévaluée tous les jours lors des transmission inter équipe. Les professionnels appliquent les précautions standard et complémentaires pour la prévention du risque infectieux. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liés aux actes invasifs sont respectés. Les moments et la durée de l'antibioprophylaxie sont respectés (avant pose Pace Maker). Un protocole est à disposition et une EPP est suivie : antibioprophylaxie sur pose de Pace Maker, audits sur la réévaluation des ATB et ATBIR en 2019 avec 93% de conformité. Le traitement des endoscopes est réalisé sur 2 sites : 1 site pour les endoscopes digestifs au bloc opératoire et 1 site pour le traitement des cystoscopes au sein du plateau technique de consultations. La prise en charge du traitement des endoscopes est maitrisée par des professionnels formés. La prise en charge médicamenteuse est maitrisée dans son ensemble : prescription, dispensation administration. Les médicaments à risque sont identifiés par un pictogramme, la liste est connue des professionnels. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les transports de tous les types de médicaments sont sécurisés. Les professionnels sont formés à la prise en charge médicamenteuse et aux Nevers Events. Une formation obligatoire a permis de former en 2021, 118 IDE en 8 sessions de formation. Les armoires à pharmacie sont contrôlées chaque semaine par les préparatrices en pharmacie. Le circuit des chimiothérapies est maîtrisé à toutes les étapes de prise en charge du patient. Les produits de chimiothérapie sont préparés par le CH de Quimper et leur acheminement est sécurisé. Les équipes maitrisent la sécurité transfusionnelle et les protocoles sont à disposition. Le dossier transfusionnel est complet. Le taux de destruction des produits sanguins labiles est suivi. La conduite à tenir face aux principales complications graves de surcharge et de complications immunologiques post transfusionnelles est connue des professionnels. Les risque liés aux rayonnements ionisants sont maitrisés. Un audit sur le port des dosimètres est régulièrement réalisé. Les protections sont adaptées (tabliers de plomb et cache tyroïde). La traçabilité des rayonnements ionisants est effective sur le compte rendu opératoire et dans le dossier patient quel que soit l'examen radiologique réalisé. Le transport interne est maitrisé, les conditions de sécurité et les délais sont respectés. Les brancardiers sont formés à la prise en charge des urgences vitales et sont sensibilisés aux bonnes pratiques d'hygiène par l'EOH. Une charte du brancardage est formalisée. Le risque de dépendance iatrogène est évalué dès l'entrée du patient : la prise en charge de la dénutrition et prévention des escarres sont mesurées au travers de grilles

réévaluées régulièrement (Braden, IMC, albuminémie) et font l'objet de mise en place d'actions préventives. L'évaluation du risque suicidaire ou son absence est tracée dans le dossier patient, toutefois l'équipe n'utilise pas d'outil d'évaluation partagée, type « échelle RUD ». Des actions de prise en charge de la crise suicidaire sont mises en place. En revanche, Les actions ne s'appuient pas sur le protocole institutionnel qui avait été rédigé par un médecin psychiatre car non connu des équipes. Les actions reposent sur des habitudes de service et non sur des pratiques harmonisées. L'établissement a été très réactif et a commencé la réflexion avec l'ensemble de l'équipe à la rédaction d'un protocole. La gestion des épisodes de violence notamment en santé mentale et aux urgences fait l'objet d'une réflexion institutionnelle pour intégrer cette thématique dans le plan de formation. Néanmoins, compte tenu de la population accueillie les cas de violence sont exceptionnels. Les équipes évaluent leurs pratiques. Des marqueurs ou indicateurs de suivi des modalités de prise en charge sont définis par les équipes et leurs résultats sont exploités collectivement. Les professionnels référents sont intégrés dans la réalisation des audits réalisés par l'EOH : Pulp friction, lavage des mains, collecteurs OPCT, Audit isolement , suivi scores IGS, audit accueil non programmé. Des audits sur le circuit de la prise en charge médicamenteuse : de la prescription jusqu'à l'administration, audit Qual'Val (management, PM, administration, approvisionnement, stockage). Des réalisations de parcours traceurs et patients traceurs ont été conduites. Des audits des dossiers de soins sont également réalisés tous les mois dans chaque service de soins. La majeure partie de ces évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration qui sont inscrites dans le PAQSS. Toutefois, les résultats des audits mensuels des dossiers de soins ne donnent pas lieu à des actions d'amélioration systématiques : pour exemple, baisse des résultats pour la macrocible d'entrée en mars 2022 de 60% à 40% sans axe d'amélioration. Néanmoins, la gouvernance explique qu'ils priorisent les actions issues des analyses au regard de leur criticité, telles que l'amélioration de la traçabilité de la personne de confiance, des directives anticipées, de la qualité de la lettre de liaison … Bien qu'il existe de très nombreuses évaluations, l'évaluation des pratiques au regard des résultats cliniques n'est pas homogène. il n'existe pas d'évaluation des pratiques professionnelles spécifiques à leur spécialité en santé mentale de type audit, par exemple sur les sismothérapies, revues de pertinence, risque suicidaire … seules les évaluations institutionnelles des pratiques sont connues et mises en œuvre. De nombreuses EPP sont en cours sur l'antibiothérapie, l'antibioprophylaxie, check liste au bloc opératoire, utilisation de la lettre de liaison à la sortie du patient, prévention des chutes … Les résultats des indicateurs sont affichés sur les tableaux d'affichage dans les postes de soins des services. Des bulletins « qualité » mensuels sont diffusés auprès des professionnels. Ils citent les résultats des indicateurs de consommation des SHA de leur service mais Les actions d'amélioration et indicateurs ne sont pas tous connus des professionnels. Des plans de maitrise ont été définis pour les secteurs à risques, mais il n'y a pas de registre de suivi des refus d'admission pour le secteur de soins critiques. Les ré hospitalisations à 48/72 heures ne sont pas suivies. En revanche, il y a la possibilité de faire une requête informatique si besoin. Les évènements indésirables liés aux soins (EIAS) sont déclarés et partagés et font l'objet d'analyses régulières avec la participation des référents CREX et des équipes impliquées. Ces analyses s'appuient sur une méthode d'analyse des causes (ORION) et font l'objet de plans d'amélioration diffusés aux équipes. Les professionnels expliquent qu'ils sont convaincus que l'analyse des EI permet une réelle amélioration de la qualité et sécurité des soins. Ils expliquent également que dès qu'un EI concerne la sécurité d'un patient, l'établissement réagit très rapidement pour éviter que cela ne se reproduise. Pour exemple, un plan d'action est en cours de mise en place en USLD suite la déclaration de plusieurs EI concernant les erreurs de préparation des piluliers semainiers car ils étaient préparés par l'IDE de nuit qui est seule pour 4 étages. Des revues de morbidité et mortalité (RMM) sont réalisées. Les dossiers sont répertoriés au fur et à mesure par chaque praticien et transmis au responsable de la RMM, 15 jours précédant la réunion. Le praticien responsable de la RMM est désigné par le collège des praticiens de médecine pour une durée de un an. La CME est informée de cette désignation. Un compte rendu annuel anonymisé est adressé au directeur et au président de la CME

Chapitre 3 : L'établissement



96%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L’établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L’établissement favorise l’engagement des patients individuellement et collectivement	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L’établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	89%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L’établissement dispose d’une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	93%
3.7	L’établissement développe une dynamique d’amélioration continue de la qualité des soins	96%

L’établissement a définit ses orientations stratégiques en lien avec son territoire. L'Hôtel Dieu de Pont L'abbé, est un établissement de santé privé à but non lucratif de proximité du Pays Bigouden. Il appartient au groupe Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve (HSVT). Il assure la médecine de proximité, la prise en charge en HAD qui concerne l’ensemble du territoire, la prise en charge de la personne âgée en intégrant dans son champ

d'activités le SSR de Saint Joseph de Quimperlé. L'activité chirurgicale a été transférée sur le Centre Hospitalier (CH) de Quimper et des consultations avancées chirurgicales sont maintenues sur le site : urologie, chirurgie viscérale et orthopédique, ORL, anesthésie. Au sein de son bloc opératoire, il assure les activités de sismothérapie, d'endoscopies, de chirurgie vasculaire légère et des poses de stimulateurs cardiaques. Il est Membre fondateur de l'Union Hospitalière de Cornouaille qui regroupe les établissements publics de santé et les établissements de santé privé PSPH du territoire de santé de Bretagne devenue le 1er juillet 2016, Groupement Hospitalier de Territoire de Santé intégrant le CH de Cornouaille Quimper-Concarneau, le CH de Douarnenez, le pôle public de santé mentale, le pôle de réadaptation de Cornouaille. Il est titulaire de l'autorisation de l'HAD pour l'ensemble du territoire. L'établissement a formalisé ses orientations stratégiques 2021-2025 consacré à l'approfondissement des mutualisations et des coopérations. Il est actif dans la construction des CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé de son territoire) notamment pour l'HAD et dans le projet territorial de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes. Il participe à la CME de territoire où il détient 7 sièges. Un système de communication est en place pour l'information aux médecins traitants dès l'hospitalisation de leurs patients. Plusieurs modalités de correspondance sont en place et permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter simplement les services : lignes téléphoniques dédiées (1 téléphone par spécialité) pour répondre aux avis. Une messagerie sécurisée est mise en place pour tous les praticiens. Une réflexion est en cours pour la diffusion des comptes rendus aux médecins traitants par messagerie sécurisée. Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences pour des patients internes et externes à l'établissement ont été établies au plan médical et organisationnel. L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences et a mis en place une unité dédiée pour la prise en charge de l'orthopédie : 3 lits d'ortho gériatrie sont en place afin d'assurer la préparation des patients pour leur intervention chirurgicale qui sera réalisée sur le CH de Quimper. Une astreinte des médecins gériatres est organisée sur le GHT pour la prise en charge des personnes âgées. L'anticipation des situations saisonnières est effective par le renfort de l'équipe médicale et paramédicale des urgences au regard des flux touristiques. L'expression du patient est promue au sein de l'établissement. Le taux de retour de l'enquête e-satis est de 30% et donne lieu à des actions d'amélioration. Un questionnaire de sortie est intégré au livret d'accueil mais le taux de retour est de 5 % sur l'Hôtel Dieu et de 24% sur le SSR de St Joseph. Une nouvelle campagne de sensibilisation auprès des professionnels des admissions a été réalisée pour le recueil des adresses mail des patients. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées en HAD, en SSR Saint Joseph et en santé mentale. Les représentants des usagers (RU) sont impliqués dans l'expression de l'expérience des patients. Sur L'Hôtel Dieu, des permanences mensuelles sont organisées pour recevoir les patients qui le souhaitent, une information dans le journal local de la ville est diffusée sur la date de la permanence. Au SSR de Saint Joseph, un RU identifie les patients qui viennent d'entrer et qui vont sortir et les rencontre dans leur chambre pour connaitre leur ressenti et leur vécu. Une campagne de recueil de la satisfaction des patients est réalisée sur l'ensemble du groupe HSTV par les RU et une autre sur la satisfaction des familles et des proches a été organisée. En 2019, le groupe HSTV a reçu le Label Droits des Patients pour son implication dans le recueil de l'expression des patients et des familles. Il a également reçu un prix d'excellence de la fondation des usagers du système de santé sur la démocratie en santé en phase COVID. Un collectif des usagers est mis en place à l'échelle du groupe impliquant les RU de l'établissement et des patients qui souhaitent participer à ce collectif. Des affiches d'appel à candidatures sont présentes au niveau des services. Ce collectif a pour mission de participer aux différents projets de l'établissement. La gouvernance promeut les travaux de recherche clinique. Le groupe HSTV a structuré un groupe de recherche en collaboration avec le CHU de Brest et le CH de Quimper. Création d'un " living lab." (laboratoire vivant) notamment pour les troubles musculo squelettiques "exo squelette". Des patients sont également intégrés dans des essais cliniques pour la cancérologie sous l'égide du CH de Quimper. Une psychologue s'est engagée dans une thèse doctorale pour accompagner les patients en cancérologie. 2 programmes d'éducation thérapeutique validés par l'ARS sont en place : programme de prévention des chutes et diabète et nutrition. En médecine polyvalente, des actions éducatives ciblées sont mises en œuvre avec un

poste infirmier en 6h/ jour. Des patients diabète et nutrition formés expert patients sont intégrés dans le programme ETP sur le diabète nutrition. En cancérologie, des patients partagent leur expérience avec les autres patients. En soins palliatifs des familles ayant vécu la fin de vie de leur proche sont formés à l'expertise par l'association des bénévoles pour aider les familles à appréhender la situation. La présidente de la Commission des Usagers (CDU) est également présidente de l'ADMR, ainsi elle suit les patients sortis à leur domicile et mesure l'impact de la maladie sur leur qualité de vie. L'établissement place le patient au cœur des soins. Il a une communication centrée sur le patient et déploie une politique visant à promouvoir la bientraitance et la lutte contre la maltraitance y compris ordinaire. Plusieurs actions de formation sur le droit des patients et à l'accueil sont organisées. Le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes. Le groupe de travail « bientraitance » a formalisé une charte de bientraitance et a intégré le comité éthique. Une sensibilisation des professionnels notamment aux formes de maltraitance ordinaire est réalisée régulièrement sous différentes modalités : réunions d'équipes avec l'encadrement et réflexion sur des situations complexes, cafés éthiques, formations... Lors des cafés éthiques, une situation éthique y est présentée. En 2021, les thèmes abordés ont été la contention et la privation de liberté. Les locaux de l'établissement sont accessibles aux personnes à mobilité réduite mais dans les locaux du SSR et de santé mentale, de par l'architecture vieillissante, il n'existe pas d'indication dans les ascenseurs ni de signalétique pour les personnes non-voyantes et malentendantes, néanmoins des actions mises en place sont déployées par les professionnels pour pallier ces manques. L'accès aux personnes vulnérables est favorisé. Aux urgences, les proches des patients sont présents auprès du patient qui est en situation de vulnérabilité, handicap ou troubles cognitifs et ce malgré la crise Covid et l'interdiction des visites. L'établissement donne la possibilité aux familles/ proches des patients de rester en dehors des horaires de visite et installent des lits accompagnant. L'accès des patients à leur dossier est organisé et une analyse des délais est réalisée. En 2021, 55 demandes de dossiers patient et tous remis aux patients dans un délai de 8 jours. Un registre est tenu et des actions sont mises en œuvre si les délais ne sont pas tenus. Les Représentants des usagers (RU) sont impliqués dans les instances : CLIN, CLUD, CLAN, comité éthique. Ils participent aux groupes de travail comme les cafés éthiques, les parcours traceurs et les patients traceurs. Un RU vient d'être nommé sur l'HAD. Les plaintes et réclamations sont systématiquement envoyées aux RU qui en assurent l'analyse avec l'établissement. Ils se réunissent 1h avant chaque CDU pour formuler leurs demandes d'amélioration à l'établissement. Un projet des usagers (2021-2025) a été élaboré par les RU à la suite d'un forum citoyen qui a réuni des élus, des professionnels, des patients et qui a formulé des proposition. Un plan d'actions " projet des usagers" est formalisé sous le format du PAQSS. La gouvernance a instauré une culture de sécurité des soins positive qui est ancrée dans l'établissement. Une charte d'incitation à la déclaration des EI est connue des professionnels. 2 enquêtes sur la culture qualité et la sécurité des soins ont été menées. Les professionnels de l'établissement participent à de nombreux groupes de travail et instances en lien avec la dynamique qualité et la gestion des risques et sont force de propositions pour les actions d'amélioration de la qualité. Des référents sont identifiés pour chaque domaine et ou thématique ce qui permet de déterminer des actions spécifiques à chaque service et ainsi alimenter le PAQSS en continu : référent hygiène, douleur, formation des étudiants, chariots d'urgence, pharmacie, handicap, CREX …. Les professionnels sont informés au travers de réunions de service, intranet et messagerie. Des bulletins qualité mensuels sont diffusés à l'ensemble des professionnels. Malgré toutes ces actions la connaissance des actions du PAQSS institutionnel par les professionnels est hétérogène. L'équilibre entre les personnels permanents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement est assuré. Un outil informatique est mis en place pour permettre le remplacement ponctuel des professionnels. Un livret d'accueil est remis à tout nouvel arrivant et un projet de livret d'accueil spécifique à chaque unité avec acquisition des compétences est en cours. Les nouveaux professionnels bénéficient de tutorat par leur pairs. Les intérimaires ont des profils de poste pour chaque secteurs de soins. Le travail en équipe et le développement des compétences sont soutenus et impulsés par la gouvernance. Le travail en équipe est favorisé par un projet PACTE en HAD impulsé depuis 1 an qui a abouti à des rencontres interprofessionnelles tout métier confondu tous les 15 jours et une réunion avec la gouvernance chaque trimestre. Depuis 4 ans, il

existe des chartes de fonctionnement pour chaque service précédant les projets de services en cours de rédaction. Des postes infirmiers sont créés, corrélés avec l'activité médicale pour ne pas désorganiser les soins (6h / jours ouvrables d'éducation thérapeutique en diabétologie). Il existe au sein des unités de travail des espaces – temps de discussions collectives qui permettent de discuter de l'organisation du travail. Les professionnels ont exprimés qu'ils étaient solidaires, l'entraide est favorisée. Il expliquent qu'ils sont bienveillants entre eux. Une charte de management très affirmée pour les encadrants est formalisée. Les connaissances et les compétences individuelles et collectives sont développées. Les besoins en formation des professionnels sont identifiés lors des entretiens annuels d'évaluation. De nombreuses formations sont proposées sur toutes les thématiques : pratiques à risque, prise en charge des patients, bientraitance, droits de patients, accompagnement des futurs cadres de santé, apprentissage professionnel, formation de formateur PRAP (Prévention des Risques lié à l'Activité Physique) pour un déploiement sur la structure de Pont l'Abbé dès 2021. La politique Qualité de vie au travail (QVT) est intégrée dans le volet social depuis 2016, basée sur une enquête extérieure et perdure encore sur le projet stratégique aujourd'hui. Des actions comme le pool de remplacement et la création d'un poste de psychologue du travail sont mises en œuvre. Des enquêtes sur le télétravail ont été menées suite à la crise sanitaire. Les dons de jours de repos entre professionnels sont favorisés. Un temps de supervision avec une psychologue clinicienne accompagne les professionnels de l'HAD si besoin. Les professionnels peuvent faire appels à une psychologue en cas de conflits ou de difficultés. Une formation est proposée sur « le surmenage au travail ». L'établissement répond aux risques auxquels il est exposé. La gestion de crise et des tensions hospitalières sont maitrisées. Les plans de crise sont actualisés et connus des professionnels : plan blanc, plan canicule, plan pathologies saisonnières. Le ROR est mis à jour quotidiennement par les professionnels des admissions. Les risques numériques sont connus des professionnels : des exercices cyber sécurité sont prévus sur le groupe. Les professionnels connaissent la procédure en cas de panne informatique ou cyber attaque. Une demande de changement de mots de passe est réalisée tous les semestres mais les professionnels ne les changent pas, le système n'étant pas bloquant. Il existe un plan de sécurisation de l'établissement par un dispositif anti-intrusion (badge) et la mise en place de caméras. Ce plan de sécurisation de l'établissement est basé sur un audit fait par la gendarmerie. La prise en charge des urgences vitales (UV) est organisée : matériel à disposition des équipes, évalué, vérifié et traçabilité des vérifications. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence (AGFSU) par un organisme extérieur et des formateurs internes. Des exercices UV sont organisés sous forme d'ateliers 3 fois par an (simulation d'arrêt cardiaque). En revanche, lors du premier jour de visite, il a été constaté un manque de sécurisation de l'endroit de stockage du chariot d'urgence en SSR, entreposé dans une pièce, sur le palier ascenseur, porte ouverte à tous (patients, visites des proches).Ce manque de sécurisation a été immédiatement corrigé au J2 de la visite. Au SSR de St Joseph, il n'existe pas de numéro d'appel unique en cas d'UV cependant une possibilité d'appel SOS sur les tel portables est possible et l'établissement s'engage à mettre opérationnel cette fonction pour tous les professionnels. Une politique Développement Durable (DD) est intégrée au nouveau projet d'établissement. Un référent DD est nommé. Un plan de maitrise des risques environnementaux par un diagnostic « radon » a donné lieu à un plan d'actions formalisé qui est mis en œuvre : isolement vide sanitaire, ampoules LED, tri sélectif, récupération des films de radiologie par une association. Des chartes des déplacements responsables du groupe HSTV et des achats responsables sont formalisées. Les consommations en eau et énergie sont connues et suivies dans un tableau de bord. La dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins est déployée dans tous les secteurs. La consolidation de l'équipe qualité favorise le suivi des plans d'actions. Un Copil Qualité se réunit 4 à 6 fois par an. La gouvernance mobilise les équipes dans les groupes de travail. Deux médecins et le président de la Commission médicale d'Etablissement (CME) siègent au Comité Qualité. Un point qualité est toujours abordé lors des réunions de CME. Les recommandations de bonnes pratiques, l'évaluation périodique des pratiques, les enquêtes et audits, l'analyse des EI et les démarches d'amélioration en équipe, sont utilisés le plus souvent pour actualiser le PAQSS en continu, fixer de nouveaux objectifs et pérenniser la dynamique existante. Néanmoins, les audits, actions d'amélioration et EPP en hygiène n'y apparaissaient pas, ce que le service

qualité a commencé à corriger lors de la visite. Le PAQSS prend en compte l'expérience patient et également le retour des médiations par les usagers. Une cartographie des risques permet le suivi des actions. Les RU sont intégrés au PAQSS de l'établissement et sont informés des résultats des différents indicateurs de l'établissement (interne et nationaux), des audits et des plans d'actions mis en place suite aux réclamations des usagers. Les indicateurs IQSS sont communiqués, analysés et exploités à l'échelle de l'établissement. Des revues de pertinence sur les prescriptions des bilans biologiques sont organisées. Cependant, les professionnels ne connaissent que partiellement les résultats des indicateurs institutionnels et les actions du PAQSS. Ils sont peu impliqués dans les revues des indicateurs de leurs services. Néanmoins, Les résultats des enquêtes de satisfaction sont connus des professionnels qui citent les plans d'actions d'amélioration inhérents à leur service : exemple, en santé mentale des actions ont été mises en place pour pallier la vétusté des locaux. Afin que les patients puissent prendre leurs repas en salle à manger des « plexi glace » ont été installés sur les tables pour permettre à plus de patients d'être présents en salle à manger. En USLD les professionnels connaissent les représentants des usagers et les patients qui participent au conseil de vie social, l'EHPAD étant integré dans les mêmes locaux. Les professionnels déclarent les évènements indésirables (EI) liés à leurs pratiques. Une cellule d'analyse des Fiches EI se réunit mensuellement. L'analyse des évènements indésirable est effectuée en collégialité et des actions d'amélioration sont mis en œuvre et suivies. Toutes les déclarations d'évènement indésirables sont diffusées aux professionnels concernés. Les évènements indésirables graves sont systématiquement analysés collectivement. Des référents CREX dans chaque unité permet l'information des professionnels sur les analyses et les plans d'actions qui en découlent. Les médecins dont l'activité est dite « à risque » sont accrédités.

Table des Annexes

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

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	220020739	HOSPITALITE SAINT THOMAS DE VILLENEUVE	29 rue charles cartel 22400 LAMBALLE FRANCE
Établissement géographique	290037548	MAISON SAINT JOSEPH	28 RUE DU BOURGNEUF 29300 QUIMPERLE FRANCE
Établissement principal	290000785	HOTEL DIEU DE PONT L'ABBE	1 rue roger signor Bp 43083 29123 Pont L'Abbe Cedex FRANCE
Établissement géographique	290017920	CENTRE DE LONG SEJOUR HOTEL-DIEU DE PONT-L'ABBE	Rue roger signor 29123 Pont-L'Abbe Cedex FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,945
Nombre de passages aux urgences générales	14,779
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	91
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	10
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	850
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	28
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	2
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	48
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	12
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	48
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	20

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	20
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	4
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	90

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Engagement patient		
2	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Adulte Médecine Programmé	
3	Audit système	Maitrise des risques		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Injection médicament à risque
6	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
7	Audit système	Dynamique d'amélioration		
8	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	

9	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
10	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de longue durée Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
			Tout l'établissement	

14	Parcours traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Urgences Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Patient traceur		Tout l'établissement Maladie chronique Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
21	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
			Tout l'établissement	

22	Patient traceur		Hospitalisation à domicile Maladie chronique Adulte Médecine Programmé	
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
25	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Hospitalisation à domicile Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Adulte Médecine Programmé	
26	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
27	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
			Tout l'établissement Enfant et adolescent	

28	Parcours traceur		Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité SAMU-SMUR Soins critiques Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
29	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
30	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable ou per os
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable ou per os
32	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
33	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
34	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
35	Audit système	Coordination territoriale		
36	Audit système	QVT & Travail en équipe		
37	Audit système	Leadership		
38	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
			Tout l'établissement Patient âgé	

39	Patient traceur		Patient en situation de handicap Soins de longue durée Hospitalisation complète Programmé	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
42	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences / SMUR
43	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	
45	Audit système	Représentants des usagers		

46	Patient traceur			

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 – Septembre 2022