



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DU PENTHIEVRE ET DU POUDOUVRE

13 rue de jeu de paume
22405 Lamballe



Validé par la HAS en Juin 2023

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Juin 2023

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	16
Table des Annexes	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DU PENTHIEVRE ET DU POUDOUVRE	
Adresse	13 rue de jeu de paume 22405 Lamballe FRANCE
Département / Région	Côtes-d'Armor / Bretagne
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	220021968	CENTRE HOSPITALIER DU PENTHIEVRE ET DU POUDOUVRE	13 rue du jeu de paume 22405 LAMBALLE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

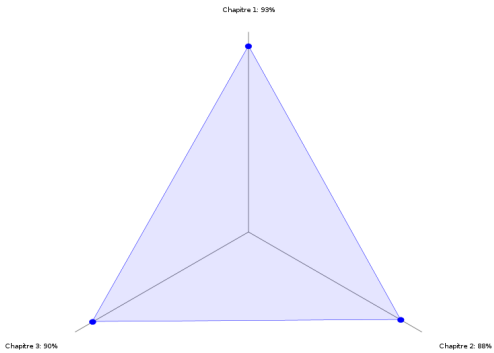
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

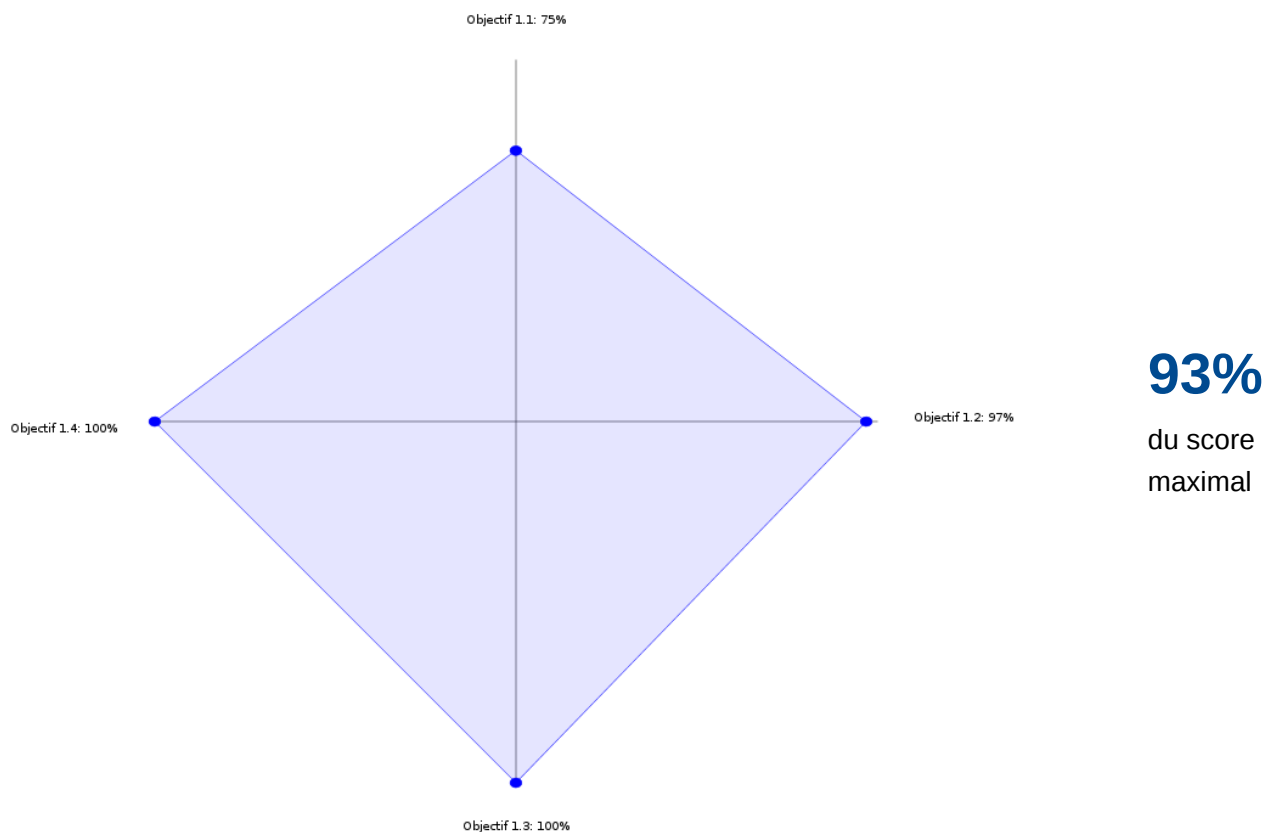
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

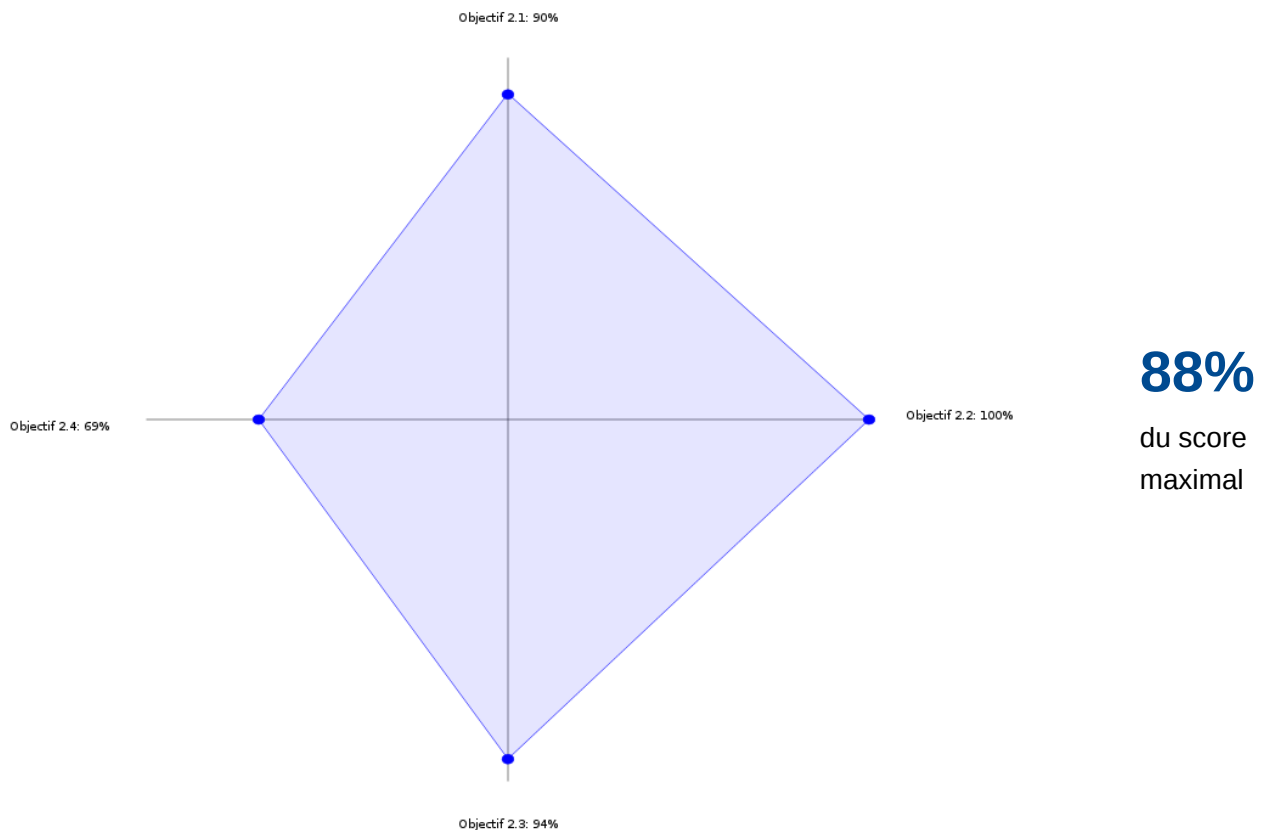


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	75%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

A chaque étape de sa prise en charge et en tout lieu, le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé et les soins qui lui sont proposés. Compte tenu de la population accueillie, les réponses des patients pouvaient être évasives ou peu informatives. Un livret d'accueil général refermant de nombreuses informations lui est délivré au début de sa prise en charge, informations aussi accessibles sur le site internet de l'établissement. Dans l'unité de soins, le personnel lui présente le service, ses modalités de fonctionnement et remet les documents d'accueil (recueil de la personne de confiance, document de recueil des directives anticipées). Le patient est informé de ses droits et des éléments médicaux qui relèvent du diagnostic ainsi que de sa prise en charge. Il est impliqué dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en soins. Son consentement est recherché et les informations (adaptées à

son niveau de compréhension) délivrées lui permettent de consentir aux soins de façon libre et éclairée sans toutefois bénéficier d'une traçabilité exhaustive. La traçabilité de la personne de confiance est retrouvée dans les dossiers examinés. Les équipes donnent une information sur les Directives Anticipées sans pour autant s'assurer de la compréhension du patient et de revenir vers lui pour l'accompagner au-delà de l'entrée. Le patient est informé des produits sanguins labiles administrés sans toutefois de remise systématique de supports d'information. La composition de la commission des usagers ainsi que les coordonnées des représentants sont à disposition par affichage dans les circulations des services, mais leur rôle est peu connu des patients rencontrés. Les patients peuvent exprimer leur satisfaction et leurs remarques par l'intermédiaire d'un questionnaire patient remis lors de leur hospitalisation. L'établissement a réalisé une enquête ponctuelle un jour donné en USLD mais n'a pas mis en œuvre d'autres méthodes de recueil de l'expérience des patients. Les pratiques des professionnels respectent la dignité et l'intimité du patient : chambres individuelles avec cabinet de toilette adapté, chambres doubles avec dispositif pour respecter l'intimité de chacun. Toutefois sur le site de LAMBALLE, dans le service USLD, il demeure 23 chambres sans douches individuelles avec pour celles-ci un accès à 3 douches ou salles de bain communes. Le respect de la confidentialité et du secret professionnel est effectif auprès des équipes. Les locaux permettent une circulation et l'accueil de personnes en situation de handicap. Dans les cas le nécessitant, les professionnels peuvent avoir recours, à la mise en place de restrictions de liberté après analyse en équipe et prescription médicale. L'établissement développe une politique de limitation des recours aux contentions mécaniques. La prise en soins assure la prise en compte de tous les besoins des patients avec une attention particulière au soulagement de la douleur. Avec l'accord des patients, les proches sont invités, si besoin, à participer à la mise en œuvre du projet thérapeutique et leur accueil est facilité au sein de l'établissement dans les situations le nécessitant. Les contacts et entretiens sont tracés dans le dossier papier du patient soit par les médecins, les infirmiers ou les assistantes sociales. La recherche de l'implication des proches et aidants par les équipes soignantes a également été évoquée par les patients. La disponibilité des compétences - assistante sociale, psychologue, diététicienne, kinésithérapeute pour les patients en situation de vulnérabilité et handicap ainsi que l'attitude bienveillante et l'accompagnement effectué par les soignants lors des situations difficiles (médico-psycho-sociales et administratives) ont été mises en exergue par les patients traceurs en fonction des besoins de chacun. En SSR et médecine, les conditions de vie sont analysées pour faciliter la sortie et la réadaptation du patient dans son environnement habituel, des visites à domicile peuvent être organisées par l'ergothérapeute, si nécessaires. Une attention particulière est portée en USLD pour maintenir l'autonomie des patients dans les gestes de la vie quotidienne. Des réunions interprofessionnelles régulières permettent une réévaluation des projets de soins, mais la traçabilité de la validation par le patient ou la personne de confiance n'est pas toujours retrouvée.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



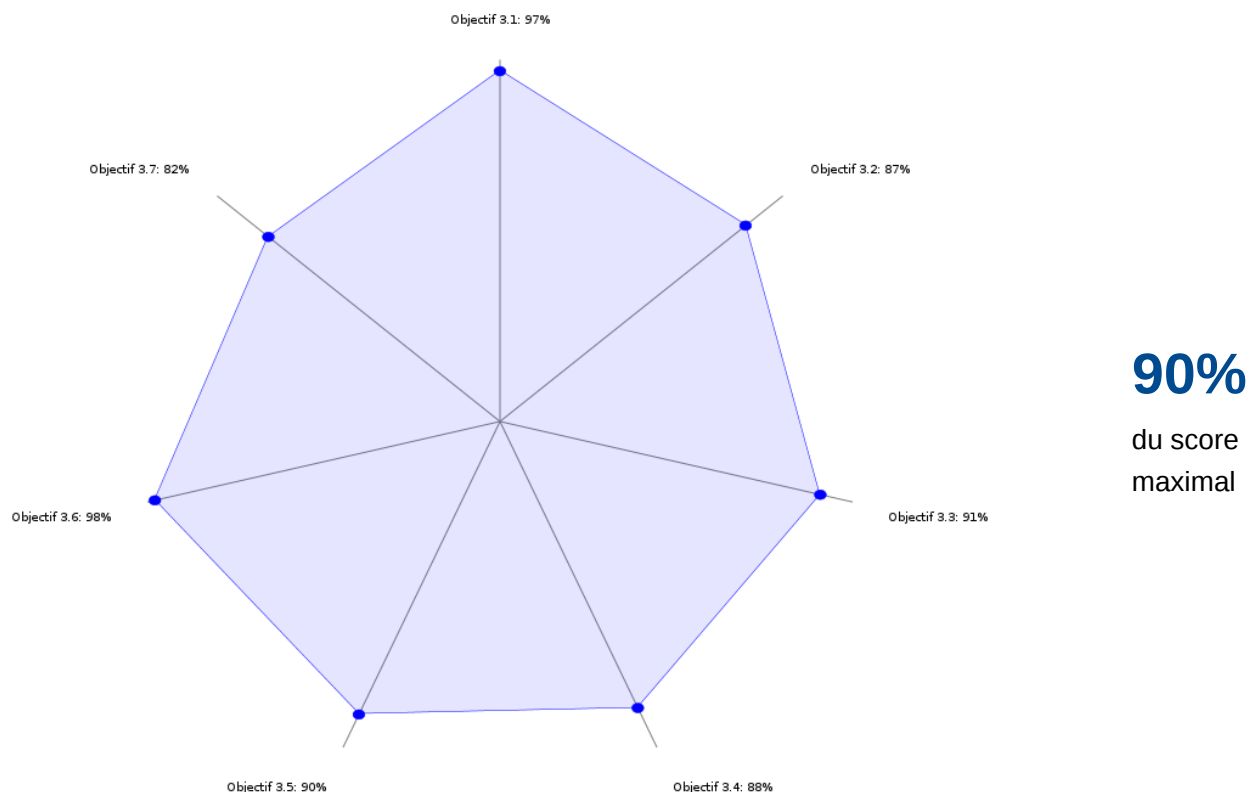
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	90%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	94%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	69%

La pertinence des parcours, actes et prescriptions est argumentée et discutée au sein des équipes, sans toutefois faire l'objet de revue de pertinence structurée. L'analyse des demandes d'admission est quotidienne aussi bien en médecine qu'en SSR via des procédures protocolisées. Les décisions d'admission sont prononcées et programmées selon la pertinence reconnue. Sur le site de QUINTIN, les lits de médecine et SSR sont hébergés dans une même unité, sans diminution ni de la qualité ni de la sécurité de la prise en charge des patients. La possibilité d'une poursuite des soins en hospitalisation à domicile est peu utilisée compte tenu de la population accueillie et de l'offre de soins sur les territoires concernés. La justification des prescriptions d'antibiothérapie ou de produits sanguins labiles sont tracées dans les dossiers des patients. Chaque restriction de liberté fait l'objet d'une prescription médicale, une réévaluation du maintien de cette

restriction est effectuée lors du staff pluridisciplinaire. Une coordination des équipes est effective pour la prise en charge de patients de manière pluri professionnelle. Cette coordination est renforcée par la connaissance de chaque membre des compétences et des limites de chaque professionnel. Des staffs pluridisciplinaires sont programmés de manière hebdomadaire en SSR et médecine, animés par le médecin référent, les médecins participent aux transmissions matinales de façon quotidienne. L'ensemble des dossiers bénéficie d'un examen pluri catégoriel et les réajustements de thérapeutique, les ajustements du projet de soins sont tracés au sein du dossier patient partagé par tous les acteurs de la prise en charge. L'ensemble des actions de prise en soins sont tracées en temps réel dans le dossier du patient (entretien individuel, évaluation psychologique, évaluation nutritionnelle, évaluation sociale, prise en charge de rééducation, etc). Si l'état de santé d'un patient le nécessite, les professionnels peuvent s'appuyer sur des équipes mobiles spécifiques. une démarche palliative peut être mise en oeuvre avec éventuel appui de ressources internes. Les pharmaciens réalisent une conciliation médicamenteuse pour les patients concernés à la demande des praticiens. A la sortie du patient, une lettre de sortie, également remise au patient est adressée, le jour de la sortie, aux différents professionnels impliqués dans la prise en charge du patient par envoi postal ou messagerie sécurisée. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques notamment les risques liés à l'hygiène. Une équipe opérationnelle est présente dans l'établissement et s'assure de la mise en place des mesures de prévention au sein des secteurs de prise en charge. Les risques transversaux liées aux vigilances sanitaires, à la prévention du risque infectieux (hygiène des mains, respect des précautions standards et complémentaires, risques infectieux) sont maîtrisés par les professionnels. Les patients sont tous identifiés par bracelet individuel. Les patients hospitalisés en unités de soins de longue durée ne portent pas de bracelet, l'établissement a fait le choix d'identifier les patients par l'intermédiaire du dossier patient et son pilulier de façon nominative avec apposition de la photo du patient aussi bien dans le DPI que sur le pilulier (avec accord du patient), un bracelet leur est posé en cas de consultation à l'extérieur du service. Les professionnels sont attentifs dans leurs pratiques à bien vérifier l'identité des patients par des interrogations avant chaque soin. Les vigilants sont identifiés dans l'établissement et sont connus des professionnels concernés. Les risques de dépendance iatrogène, au regard de la population accueillie, sont bien recherchés et évalués par les professionnels sans toutefois d'informations systématiques et spécifiques tracées auprès du patient et/ou de ses proches. Les règles de stockage des médicaments et l'approvisionnement des produits de santé sont maîtrisés. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de prescription médicamenteuse et la dispensation est adaptée aux besoins des secteurs, toutefois dans un secteur, l'expert visiteur a trouvé des médicaments non identifiés dans un chariot de soins. Dans tous les secteurs, la gestion des médicaments à risques fait l'objet de mesures spécifiques (modalités de stockage avec un logo spécifique, affichage de la liste spécifique des médicaments à risque de l'établissement, double emballage). Il existe une liste institutionnelle de médicaments à risque. Les professionnels rencontrés dans les unités de soins sont sensibilisés aux mesures de sécurisation de l'utilisation de ces médicaments. Les experts visiteurs ont constaté l'effectivité de l'étiquetage dédié dans tous les services. La sécurité des coffres à stupéfiants dans les services est optimale sur le site de Lamballe avec une traçabilité informatique des professionnels ouvrant le coffre via les cartes professionnelles. Une démarche toute aussi optimale a été élaborée pour sécuriser l'accès par des intérimaires ou vacataires. L'ensemble des professionnels respecte l'obligation vaccinale réglementaire (COVID, Hépatite, ...). Des sensibilisations pour la vaccination antigrippale sont menées par l'intermédiaire du Pharmacien et du Service de Santé au Travail. L'établissement a externalisé le traitement des prélèvements biologiques. Les modalités de prélèvements et de rendus des résultats sont analysées dans le cadre de l'accréditation du laboratoire. Ce fonctionnement répond aux attendus de l'hôpital. Les examens radiologiques standards, scanographiques et échographiques sont également réalisés à l'extérieur de l'établissement, dans le cas d'une réponse trop tardive aux demandes formulées, un appel du praticien prescripteur permet de réduire le délai de réalisation. Les professionnels mettent en œuvre les actions d'amélioration initiées par le service qualité (résultats IQSS), cependant les équipes n'ont que peu initié de démarche d'évaluation de leurs pratiques (analyse de pertinence des actes, analyse des résultats cliniques, évaluation des pratiques professionnelles, suivi des indicateurs en soins). Les

déclarations d'évènements indésirables sont analysées par la cellule qualité ou le référent de la vigilance concernée en lien avec le cadre de service du déclarant. Les évènements indésirables graves bénéficient d'une analyse collective associant des acteurs du service concerné, les méthodes d'analyse sont maîtrisées par les référents, un plan d'action suit l'analyse et un suivi d'indicateurs est mis en place. Le recours d'analyse sur l'expérience patient n'est pas initié dans l'établissement.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	87%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	91%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	88%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	90%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	82%

Les deux sites du CH du Penthievre et Poudouvre (Lamballe et Quintin) développent une offre de soins de premier recours correspondant aux missions des hôpitaux de proximité dont ils ont tous deux, la labellisation. Le site de Lamballe propose principalement des activités de médecine, SSR et USLD. Le site de Quintin accueille dans une même unité de soins des lits de médecine et des lits de soins de suite et rééducation. Le

projet stratégique est axé sur les missions de complémentarités territoriales entre les deux sites en lien avec le GHT porté par le CH de St BRIEUC mais des liaisons sont également effectives avec le CH de DINAN.

L'hôpital développe une stratégie orientée sur l'accompagnement et les prises en charge sur l'ensemble des différents parcours de soins et de vie des usagers et de leurs aidants et répond à sa mission de proximité sur son territoire d'attractivité au regard des autres acteurs de santé et du secteur privé dans une approche ville-hôpital incontournable pour assurer la complémentarité et la complétude de l'offre de soins à sa population. Le projet médico-soignant partagé du centre hospitalier est en cohérence avec le projet médico-soignant partagé du GHT dans les différentes filières. Les services de l'établissement ont organisé un accès direct pour l'admission des personnes âgées afin de réduire les passages en service d'urgence ou d'en écourter la durée. le dossier patient informatisé ne permet pas actuellement d'alimenter le dossier médicale partagé du patient, les médecins n'ont que peu recours à la messagerie sécurisée. L'établissement, hormis l'inclusion de quelques patients dans des protocoles ciblés, n'a pas mis en place de recherche clinique en son sein. La gouvernance de l'établissement soutient et conduit les collectifs professionnels avec une attention particulière sur l'adaptation des effectifs et compétences aux nécessités des services, le plan de formation intègre ces adaptations aux évolutions de prise en charge. L'établissement met à disposition des patients des questionnaires de satisfaction d'hospitalisation. Le taux de retour des questionnaires de satisfaction des patients est relativement bas. Une enquête un jour donnée a été réalisée pour les patients accueillis en unité de soins de longue durée. La lutte contre la maltraitance, le respect des droits, l'accès aux soins pour les personnes porteuses de handicap et/ou vulnérables sont organisés. Toutefois, sur le site de Lamballe, les circulations, accès et ascenseurs ne sont pas parfaitement adaptés aux déficients visuels. Au sein du CH2P, la Commission Des Usagers comprend des représentants des Usagers des deux sites. Les représentants des usagers sont présents, actifs, et participent à la commission des usagers, ainsi qu'à de nombreuses commissions internes à l'établissement, mais leur action est peu connue au sein des unités, ni auprès des patients. Compte tenu de la population accueillie, il est peu fait appel à l'expertise patient pour améliorer les pratiques professionnelles. La gouvernance de l'établissement accompagne les professionnels dans un développement du travail en équipe ainsi que le maintien et le développement des compétences (plan de formation, organisation du Travail, ...), un service vient de commencer une démarche dans le dispositif PACTE. La direction des ressources humaines en collaboration avec la direction des soins a une attention particulière sur les actions de promotion professionnelle. Les professionnels peuvent avoir recours, si besoin, au comité d'éthique pour les situations complexes rencontrées. La politique Qualité de Vie au Travail (QVT) vise à prendre soin des salariés et à améliorer leurs conditions de travail en recherchant l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle, particulièrement dans le contexte sanitaire actuel. Le projet développé dans l'établissement intègre la notion d'adaptation des effectifs (nombre, compétence) aux capacités et besoins de l'établissement, toutefois l'effectif de nuit demeure contraint au regard des capacités des différents secteurs, l'établissement nous a confirmé les difficultés de recrutement pour ces horaires de nuit. Les dispositifs sur la gestion de crise sont adaptés et maîtrisés. L'organisation de la gestion des urgences vitales est efficiente sur les deux sites l'établissement reposant sur une collaboration étroite avec le centre 15 du CH de Saint Briec, une mise en situation en service a été réalisée pour les professionnels du site de Lamballe. La démarche de développement durable est intégrée au sein du projet d'établissement 2022-2027. La gouvernance de l'établissement soutient et conduit les collectifs professionnels vers une culture de la qualité et sécurité des soins, inscrite dans la politique qualité et gestion des risques (projet d'établissement 2022-2027). L'appropriation des démarches qualité n'est pas optimale par les équipes spécifiques de nuit (USLD, médecine, SSR), Néanmoins, les experts visiteurs ont constaté une nette volonté des équipes d'encadrement, équipe qualité et gouvernance de l'établissement pour une implication des professionnels dans cette démarche. Le service qualité s'assure que l'ensemble des EI et EIG soient signalés et analysés. Ces derniers bénéficient d'une analyse collective associant le plus souvent des acteurs du service concerné, les méthodes d'analyse sont maîtrisées par les référents, un plan d'action suit l'analyse et un suivi d'indicateurs est mis en place. Les équipes bénéficient de l'ensemble des résultats des IQSS mais certains professionnels rencontrés n'étaient que peu informés des actions concrètes mises en œuvre dans leur unité.

Les représentants des usagers sont informés des programmes d'amélioration et d'analyses de la qualité des soins. Compte tenu de la population accueillie, le point de vue du patient n'est pas repris en tant que tel dans la politique d'amélioration qualité de l'établissement.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	220021968	CENTRE HOSPITALIER DU PENTHIEVRE ET DU POUDOUVRE	13 rue du jeu de paume 22405 LAMBALLE FRANCE
Établissement principal	220000566	CENTRE HOSPITALIER DE LAMBALLE	13 rue de jeu de paume 22405 Lamballe FRANCE
Établissement géographique	220006456	USLD CENTRE HOSPITALIER DE LAMBALLE	13 rue du jeu de paume Bp 90527 22405 Lamballe FRANCE
Établissement géographique	220000574	CHPP SITE QUINTIN	8 rue de la corderie 22800 Quintin FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
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	38
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	0
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	0
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	40
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	30
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	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	0
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	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Maitrise des risques		
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation Médecine	
8	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	

			Médecine	
9	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins de longue durée	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
13	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
14	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG selon liste établissement
15	Audit système	Entretien Professionnel		
16	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète	

			Médecine	
17	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable ou per os : Prescription à administration
18	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation	
19	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		chambre > plateau technique > chambre
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de suite et réadaptation Soins de longue durée	
21	Audit système	Dynamique d'amélioration		
22	Audit système	Leadership		
23	Audit système	QVT & Travail en équipe		
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable : Prescription à administration
26	Audit système	Engagement patient		
27	Audit système	Coordination territoriale		
	Audit	Représentants des usagers		

28	système			
----	---------	--	--	--

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

