



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **POLYCLINIQUE DU TREGOR**

Rue du dr jacques feuillu

Bp 50319

22303 Lannion



**Validé par la HAS en Février 2026**

---

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Février 2026

# Sommaire

---

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	18
Objectif 1.2 : L'information du patient	19
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	20
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	21
Chapitre 2 : Les équipes de soins	22
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	22
Synthèse du chapitre 2	23
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	29
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	30
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	32
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	34
Chapitre 3 : L'établissement	35
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	35
Synthèse du chapitre 3	36
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	41
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	42
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	44
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	45

# Préambule

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

Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé, aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

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

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



# Présentation

POLYCLINIQUE DU TREGOR	
Adresse	Rue du dr jacques feuillu Bp 50319 22303 Lannion Cedex FRANCE
Département / Région	Côtes-d'Armor / Bretagne
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif


Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	220000376	POLYCLINIQUE DU TREGOR	Rue du dr jacques feuillu Bp 50319 22303 Lannion Cedex
Établissement principal	220000111	POLYCLINIQUE DU TREGOR	Rue du dr jacques feuillu Bp 50319 22303 Lannion Cedex FRANCE

# Les critères évalués

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

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel
 Soins critiques

Population
 Patient âgé

# Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **4** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **4** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **11** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **11** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

# La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

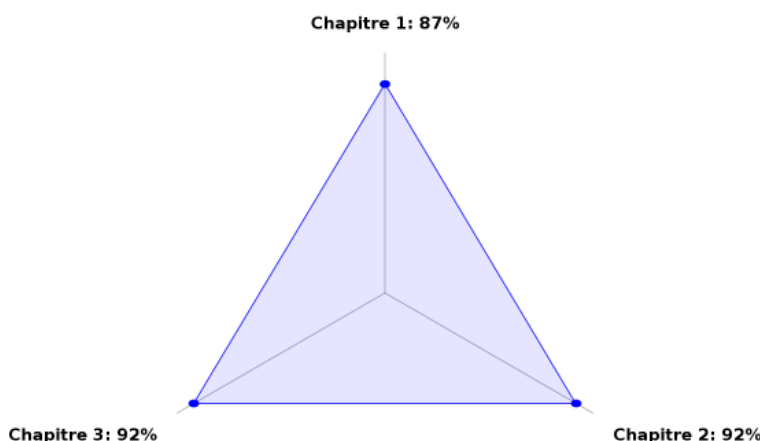
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

# Les résultats

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

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	87%
Chapitre 2	Les équipes de soins	92%
Chapitre 3	L'établissement	92%

## Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

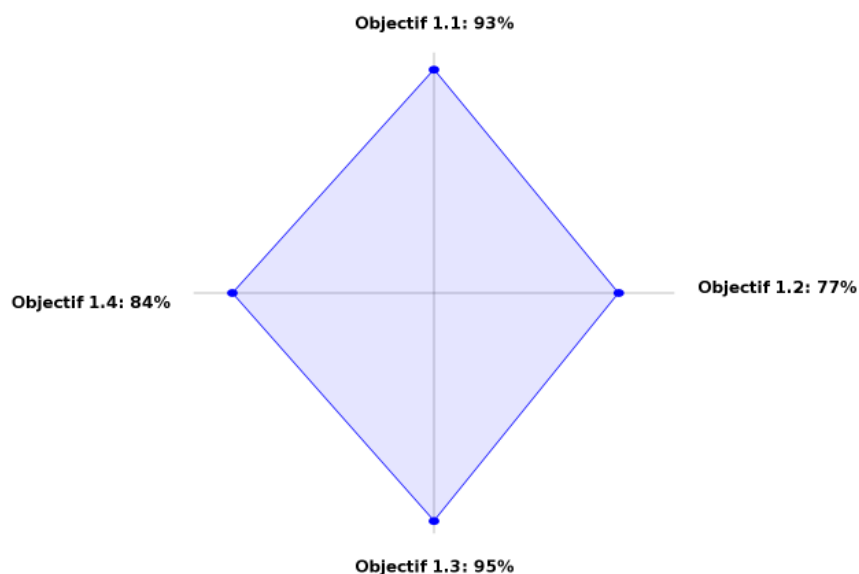
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	84%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	79%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	60%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	69%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	75%

# Chapitre 1 : Le patient

## Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **87%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	93%
1.2	L'information du patient	77%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	95%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	84%

## Synthèse du chapitre 1

L'ensemble des patients rencontrés témoignent que les pratiques garantissent le respect de leur dignité et favorisent le respect de leur intimité et la confidentialité inhérentes à leur prise en charge. Une démarche globale d'accompagnement des personnes en situation de handicap est menée pour améliorer le séjour des patients porteurs de handicaps : nomination d'une référente handicap en 2023 ayant intégré le comité départemental handicap dès 2025 (HANDIDACTIQUE), accueil et accompagnement personnalisé des patients par les administratifs et les soignants, procédure de prise en charge des malentendants avec conservation de leur appareils auditifs jusqu'au bloc opératoire et port d'un collier d'identification, équipement de deux chambres de Personnes à Mobilité Réduite avec des sanitaires adaptés, logiciel de programmation opératoire doté d'un système d'alerte par une icône signalant le handicap... avec un état des lieux de ses pratiques. Néanmoins, l'établissement ne dispose pas de dispositifs facilitant le repérage des personnes porteuses d'un handicap visuel comme des documents traduits en braille (livret d'accueil, fiches information patient...) ou de dalles podotactiles dans les escaliers, d'ascenseurs sonorisés (établissement construit en 1999) ; une démarche d'amélioration est initiée avec la signature de la charte Romain Jacob, le projet de digitalisation de l'admission, de l'appel de la veille et du lendemain opératoire, la formation des professionnels de l'accueil et paramédicaux au repérage et à la prise en charge des personnes porteur de handicap (PPH), une estimation des coûts de remplacement de l'ascenseur a été réalisé en vue de son remplacement.

L'environnement de prise en charge des patients est adapté aux mineurs en service d'hospitalisation (chambre seule) et au bloc opératoire (secteur « isolé » en Salle de Surveillance Post Interventionnelle SSPI).

Dans le cadre du respect de la confidentialité et du secret professionnel, les personnels sont sensibilisés aux connexions illégitimes au dossier patient, aux risques engendrés, aux contrôles et sanctions pouvant en découler.

Les patients ne disent pas tous informés sur leur droit à rédiger leurs directives anticipées, même si cette information est maintenant plus largement donnée par les équipes ; certains professionnels disent avoir encore des difficultés à aborder la question de ce recueil et à les retrouver lorsqu'elles ont été déposées par le patient. Le refus de les rédiger est tracé.

Une attention particulière est portée à la prise en charge de la douleur du patient, ce dont il témoigne. Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur ; l'évaluation de la douleur est réalisée avec des échelles adaptées et elle est tracée dans le dossier. Un traitement médicamenteux et/ou non-médicamenteux est mis en place et suivi. Les prescriptions en « si besoin » pour douleur respectent les règles (seuil de douleur, dose à administrer, intervalle entre les doses).

Les patients font part de la bienveillance des professionnels, de leur disponibilité tout au long de leurs parcours au sein de l'établissement. Les équipes ont identifié les risques d'atteinte à la bienveillance, ce qui leur permet d'adopter une posture bienveillante et mener les actions d'amélioration nécessaires le cas échéant. Les équipes savent globalement comment repérer et déclarer les situations de maltraitance internes potentielles. Un recensement annuel des cas de maltraitance externe est adressé

à la commission des usagers. L'établissement protège les professionnels lanceurs d'alerte d'un cas de maltraitance externe et les professionnels sont sensibilisés de façon encore hétérogène aux situations à risque et facteurs de maltraitance externe, notamment pour les personnes en situation de vulnérabilité ou potentiellement exposées (violences conjugales, mineurs...), l'objectif étant de favoriser leur détection et de pouvoir appliquer les conduites à tenir recommandées.

La gouvernance a mis en place une organisation permettant au patient d'accéder à son dossier. Les délais de transmission sont suivis et analysés. Ils sont conformes aux recommandations.

Le respect des droits des patients est également promu et appliqué lors de la prise en charge du décès du patient et de l'accompagnement de son entourage ; il est adapté et personnalisé au regard de la situation du patient. L'établissement assure le suivi du nombre de décès annuels par secteur d'activité.

Les professionnels médicaux et soignants de la Polyclinique du Trégor veillent à ce que le patient bénéficie des informations nécessaires sur les conditions de son séjour, ses problèmes de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques, les examens paracliniques, les thérapeutiques et soins proposés. A son arrivée dans l'établissement, le patient se voit délivrer un livret d'accueil en lien avec le site internet de l'établissement, qui reprend toutes les informations utiles sur l'organisation de son séjour, depuis l'admission jusqu'à la sortie, accompagné de formulaires de recueil de la personne de confiance et de traçabilité de la recherche des directives anticipées et de livrets spécifiques en fonction de sa prise en charge (passeport des unités ambulatoires...) et d'une information relative à la sécurisation des effets personnels. Le patient et ses proches sont également informés de leurs obligations (respect de l'environnement hospitalier, respect des personnels et des autres usagers, charte de la laïcité, droit à l'image...). Le patient reçoit par ailleurs une information via le livret d'accueil sur les représentants des usagers, leur rôle, les moyens de les contacter. Toutefois les patients questionnés n'ont souvent pas intégré ces informations ainsi que celles relatives à l'alimentation du dossier médical de « Mon espace santé » avec accord du patient et à la nécessité d'utiliser une messagerie sécurisée pour communiquer des informations à caractère médical ou privé.

L'information préopératoire du patient relative aux complications et risques encourus pour les actes à risques est donnée au patient lors de sa consultation de chirurgie puis d'anesthésie ; le recueil de son consentement est recherché et tracé dans le dossier de soins de façon systématique et homogène, y compris lors d'une transfusion de produits sanguins labiles ou également dans le cadre d'une approche de prise en charge globale du patient pour favoriser la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) avec une information anticipée du patient pour l'organisation de ses soins, de ses traitements et la préparation de sa sortie.

Les professionnels utilisent des moyens de communication adaptés aux patients adultes, personnes âgées et mineurs, à leurs capacités cognitives et psychologiques, à leur degré de discernement ainsi qu'à leurs déficiences sensorielles ou autres.

L'information relative aux Dispositifs Médicaux Implantés (DMI) n'est pas systématiquement remise au patient en amont de sa prise en charge (type de dispositif médical, durée de vie prévisionnelle, suivi nécessaire, mises en garde, complications possibles, précautions ou conduites à tenir en cas d'incident lié au dispositif médical ...). La traçabilité des DMI est assurée dans le dossier du patient. Toutes ces

informations propres à garantir l'utilisation sûre du dispositif, lui sont par contre remises dès sa sortie, malgré une intégration encore hétérogène de cette traçabilité dans la lettre de liaison à la sortie.

Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des aides techniques et humaines dont il peut bénéficier pour faciliter son retour au domicile et des consignes de suivi appropriées pour assurer la continuité de sa prise en charge, comme dans le cadre du projet RAAC en chirurgie.

Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités de prise en charge (recueil systématique du consentement pour l'acte chirurgical, l'acte d'anesthésie, la transfusion). L'anticipation de ses besoins ainsi que le maintien de son autonomie sont privilégiés tout au long de son parcours, dans le cadre d'une prise en soins personnalisée avec des soins de support adaptés, y compris dans les situations de handicap. Le patient est associé à la réflexion bénéfice / risque afin de prendre les décisions nécessaires à sa prise en charge.

Le recueil de la personne de confiance est systématique et tracé dans le dossier du patient ; la personne de confiance désignée ou les proches, peuvent être associés le cas échéant au projet de soins avec son accord.

Les équipes ne sont pas encore en mesure de proposer aux patients une offre de programmes d'éducation thérapeutique adaptée à leur prise en charge, même si des démarches éducatives existent et sont suivies.

Les conditions de vie environnementales et sociales des patients sont prises en compte et le service social priorise, en lien avec les équipes de soins, l'évaluation des conditions de vie des patients, qui sont notamment en précarité sociale, afin de préparer et adapter leur sortie.

La traçabilité des différents facteurs de décompensation au décours de l'hospitalisation du patient âgé est effective pour faciliter la prévention et la prise en charge personnalisée du risque de dépendance iatrogène.

De nombreuses chartes (Personne hospitalisée, Bientraitance...) et des informations de santé publique sont mises à disposition dans les espaces communs (flyers d'information de santé publique) ; elles sont surtout centrées sur les prises en charge en oncologie mais elles ne couvrent pas l'ensemble des messages de santé publiques relatifs au tabac, l'alcool, les vaccinations... et les patients ne bénéficient pas d'actions adaptées pour promouvoir leur santé et réduire leurs risques (orientation vers une consultation tabac/alcool, autres drogues, prescription d'activités physiques, hygiène, sexualité, dépistages, statut vaccinal...).

Avec l'accord du patient et selon la situation, l'association des proches ou aidants est sollicitée voire, recherchée dans la mise en œuvre du projet de soins mais également dans le cadre du projet de réinsertion du patient dans un environnement adapté à sa prise en charge (contexte de vie, structure d'aide...). Le choix d'une solution post-hospitalière, la plus adaptée est systématiquement anticipée et recherchée avec l'accord du patient tout en intégrant ses proches ou aidants notamment lors des situations difficiles de retour à domicile. La présence des proches et des aidants est facilitée en dehors des heures de visite lorsque la situation le nécessite notamment lors de l'hospitalisation des mineurs ou dans le cadre de prises en charge palliative (horaires de visite étendus, lits accompagnant, salon

d'accueil des familles...).

La gouvernance de l'établissement s'est engagée à faciliter la mise en œuvre et l'exploitation d'un dispositif de prise en compte des besoins et préférences des patients, tant dans le soin que dans l'amélioration des pratiques, et des organisations selon les différentes dimensions dites de « l'engagement patient » : actions individuelles ou collectives, au bénéfice de la santé, du bien-être ou de la qualité de vie des patients, ou de ceux de leurs pairs. Le patient est donc invité à exprimer sa satisfaction au quotidien auprès des équipes au moyen d'enquêtes spécifiques, d'une expression libre, de l'enquête e-satis, avec une analyse des taux de retour (37% en chirurgie et 24% en chirurgie ambulatoire), un suivi des collectes et de la transmission des adresses mails ou encore au moyen du questionnaire de sortie, avec un taux de remise de plus de 60%. Le programme d'amélioration de la qualité intègre les actions d'amélioration issues de l'analyse des résultats de la satisfaction et de l'expérience des patients ainsi que la contribution des représentants des usagers. Ces résultats sont déclinés par unité et partagés semestriellement avec les équipes de soins. Bien que les patients aient reçu une information via le livret d'accueil sur les modalités pour soumettre une réclamation ou une plainte ou signaler un dysfonctionnement ou un événement indésirable, les patients questionnés n'ont souvent pas intégré ces informations, ni même celles relatives à la sollicitation possible d'un médiateur en cas de situations difficiles en matière de communication entre eux (ou leurs aidants, accompagnants, proches) et les équipes.

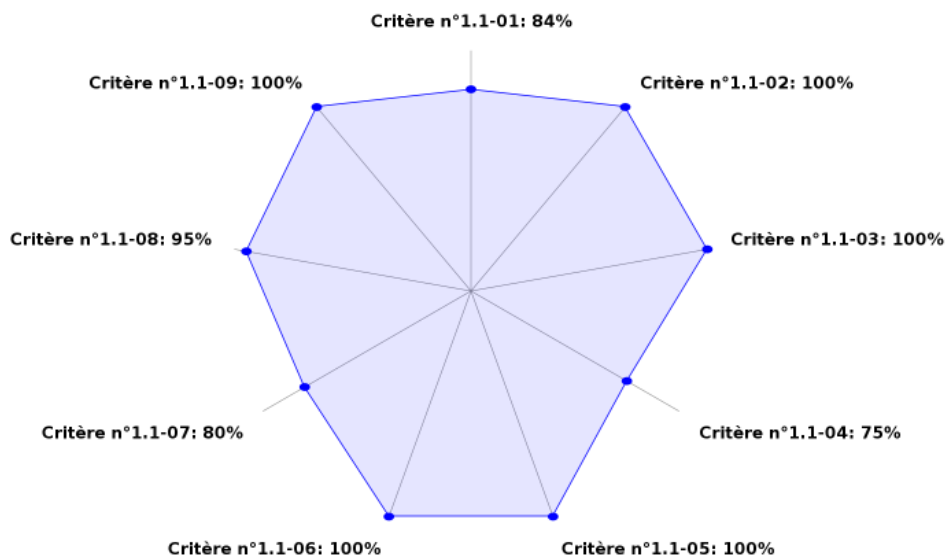
Des actions mobilisant l'expertise des patients ne sont pas encore développées notamment dans le domaine de l'éducation thérapeutique, dans l'intégration de patients experts ou partenaires (dispositif de pair-aidance). L'établissement n'a pas encore élaboré de questionnaires sur l'impact de la maladie (PROMS) mais il a le projet d'en réaliser notamment pour des patients trachéotomisés, stomisés ou ayant déposé leurs directives anticipées.

L'implication des Représentants des Usagers (RU) est recherchée par la gouvernance et les équipes, dans le cadre d'une participation active des RU à des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques, dans la construction des parcours patients, avec des actions spécifiques lors de la journée des usagers ou lors de la semaine de sécurité des patients. L'établissement implique également les Représentants des Usagers en son sein dans les instances et la vie institutionnelle. Leur expression est recherchée : Rencontre RU-Professionnels, participation des RU aux médiations, aux instances de l'établissement, rédaction d'un projet RU, articulé avec le projet d'établissement et porté par les Représentants des Usagers. Les résultats des questionnaires de sortie, des indicateurs qualité, des événements indésirables, des plaintes et réclamations, des demandes de dossier, des contentieux leur sont transmis avec une synthèse annuelle présentée en commission des usagers (CDU).

Les Représentants des Usagers soulignent leur participation libre, active et en proximité avec la Direction de l'établissement et toute l'équipe médico-soignante.

## Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

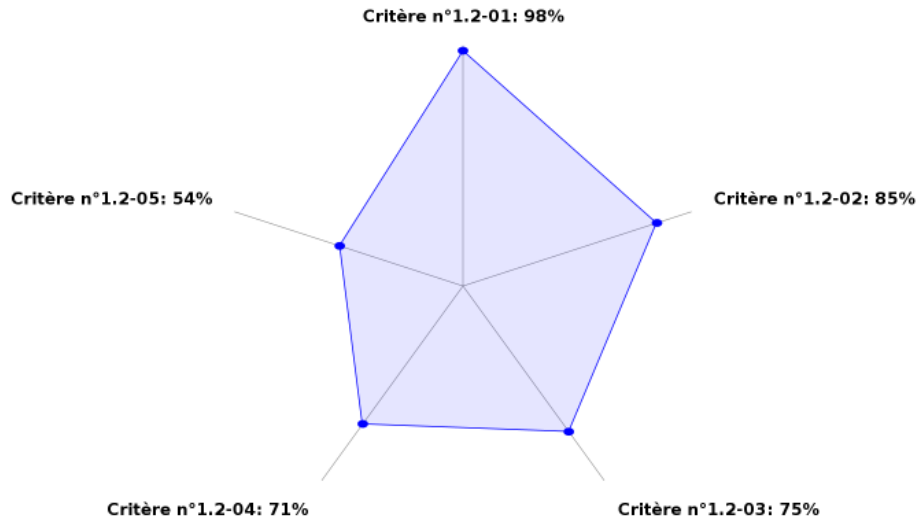
Score de l'objectif **93%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	84%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	75%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	95%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

## Objectif 1.2 : L'information du patient

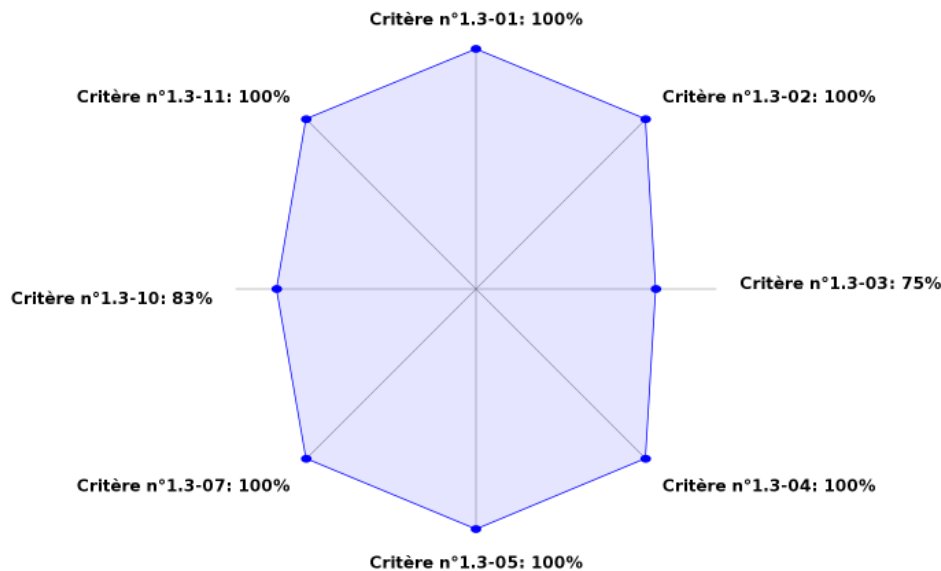
Score de l'objectif **77%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	98%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	85%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	75%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	71%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	54%

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

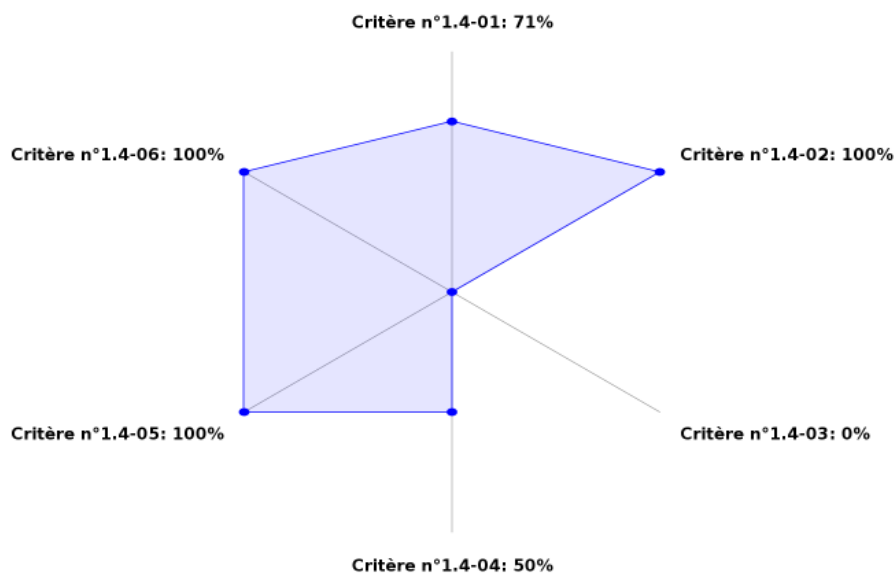
Score de l'objectif **95%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	75%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	83%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **84%**

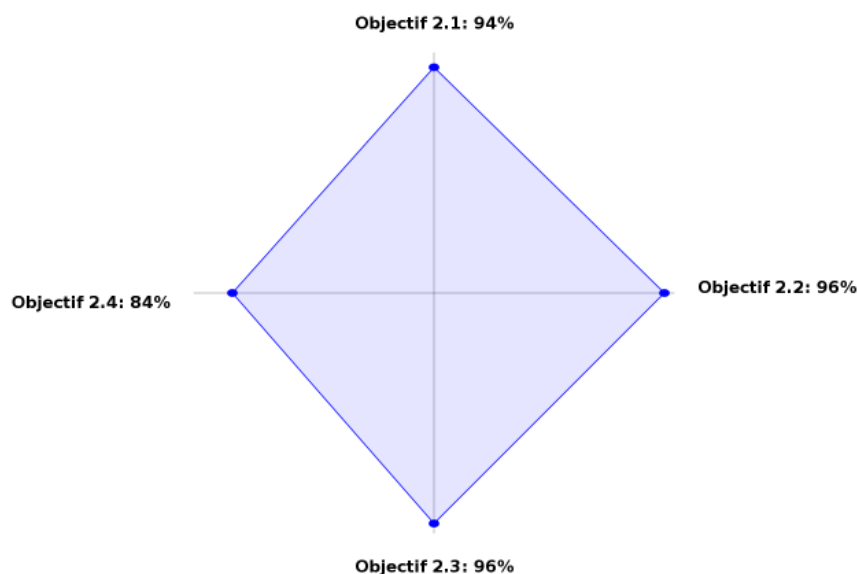


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	71%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	0%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	50%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

# Chapitre 2 : Les équipes de soins

## Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	94%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	96%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	96%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	84%

## Synthèse du chapitre 2

Les parcours de soins sont coordonnés depuis la consultation privée des praticiens libéraux jusqu'à la sortie des patients après hospitalisation. La coordination de l'ensemble des professionnels favorise la complémentarité des métiers et compétences au service de la prise en charge des patients : équipes de soins médicale et paramédicale, professionnels de rééducation de l'activité physique adaptée (APA), infirmier d'annonce, professionnels des soins de support en Hospitalisation De Jour (HDJ) chimiothérapie, diététicienne, psychologue, gestionnaire de lits en lien avec la cellule de programmation des activités au bloc opératoire.

Le dossier du patient est multiple avec un compte rendu de consultation réalisé dans le système d'information des cabinets libéraux des différents chirurgiens, qui est ensuite « rattaché » au système d'information de l'établissement avec une copie informatique au format PDF et une édition papier. L'ergonomie du dossier n'est pas facilitée en raison de supports multiples, avec des logiciels de spécialités plus ou moins interfacés avec le logiciel de l'établissement. Le dossier infirmier est informatisé ainsi que les prescriptions médicamenteuses, y compris celles de chimiothérapie dans un logiciel spécifique ; cette organisation du dossier patient induisant une accessibilité hétérogène aux informations du patient avec des doublons de documents dans le dossier papier. Les professionnels ayant accès au dossier patient informatisé (DPI) bénéficient d'une formation à son utilisation, des référents « DPI » sont nommés pour accompagner les professionnels dans les usages du quotidien et les évolutions à mettre en œuvre. La consultation du Dossier Médical Partagé (DMP) est organisée.

Le projet de soins et de vie est régulièrement personnalisé et réajusté ; la démarche palliative est organisée avec le recours possible à des expertises (équipes spécialisées d'oncologie...).

La conciliation médicamenteuse est réalisée pour les patients âgés de plus de 75 ans ou polymédicamentés et hospitalisés en Unité de Soins Continus (USC) ou en service d'hospitalisation complète pendant plus 3 jours ; ces modalités sont décrites dans la stratégie de pharmacie clinique, avec le projet d'augmenter cette conciliation selon les besoins des prescripteurs.

Les équipes sont coordonnées pour la prévention des troubles nutritionnels, avec un suivi par la diététicienne et la réalisation d'un bilan annuel de la prestation « repas » avec le prestataire extérieur.

Les acteurs du secteur interventionnel (bloc opératoire et endoscopie) et des services d'hospitalisation se coordonnent ; le logiciel de suivi d'intervention permet aux professionnels de suivre les « grandes étapes » de la prise en charge au bloc opératoire. Une charte de fonctionnement (règlement intérieur) du bloc opératoire et du secteur interventionnel d'endoscopie précise les modes de fonctionnement (pilotage de l'organisation, circuits de prise en charge, responsabilités, ressources matérielles et humaines...). La cellule de régulation hebdomadaire considérée comme une véritable pierre angulaire des organisations permet d'ajuster toutes les organisations de prise en charge des patients et les liens entre les professionnels médicaux tous libéraux et les salariés de l'établissement. Le transport des patients au sein de la Polyclinique est maîtrisé : adapté aux besoins et aux délais, vigilance pour le confort du patient, professionnels formés et matériel adapté.

La lettre de liaison à la sortie est encore hétérogène à l'échelle de l'établissement en fonction des spécialités de prise en charge ; lorsqu'elle est réalisée, elle n'est pas systématiquement donnée au patient

dès sa sortie et elle ne comporte pas l'ensemble des éléments nécessaires à la continuité de sa prise en charge (traçabilité du bilan thérapeutique non présente...). L'établissement mène une réflexion pour envoyer dans les délais une lettre de liaison à la sortie du patient, qui soit complète, en corrélation avec les résultats d'Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins IQSS, qui sont le reflet de cette organisation hétérogène à l'échelle des différentes prises en charge. Par ailleurs la mise à jour du carnet de santé du mineur n'est pas systématique en sortie d'hospitalisation.

La délivrance des médicaments est globale sur l'ensemble des services de chirurgie et d'HDJ chimiothérapie avec une délivrance nominative pour le hors dotation (chimiothérapie notamment) ; elle est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions, qui sont informatisées sur tous les services des soins sauf au bloc opératoire, sur la base de 2 logiciels (DPI de l'établissement comprenant un module de prescription et un logiciel spécifique pour les chimiothérapies mais sans interface).

L'équipe médicale respecte les bonnes pratiques de prescription, qui prennent en compte le traitement personnel antérieur du patient. Les prescriptions « si besoin » sont réalisées via notamment une échelle de douleur validée ou selon symptômes.

L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance est réalisée en s'appuyant sur les données biologiques du patient et l'accès à son dossier, avec a minima toutes les entrées du lundi au samedi en systématique et en « si besoin » notamment en chimiothérapie, car les prescriptions sont réalisées par les prescripteurs du Service de référence d'Oncologie Médicale CARIO de Plérin. Les approvisionnements, la gestion des stocks (et des ruptures possibles) sont assurées par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) dans le respect des conditions de stockage, de transport et de disponibilité des médicaments. La gestion des médicaments thermosensibles, leur stockage et le transport sont sécurisés (sacs isothermes), avec une traçabilité du suivi de la température de chaque réfrigérateur et alarme sur le portable de garde pour les réfrigérateurs dits à risques. Les armoires sont sécurisées par digicode et boîte à clé pour le coffre des stupéfiants. La gestion des périmés est réalisée par les équipes de soins avec une traçabilité mensuelle.

Les chimiothérapies sont préparées via le logiciel de chimiothérapie, après vérification médicale et paramédicale de l'éligibilité du patient au traitement (bilan sanguin, fonctionnement de la chambre implantable...) dans le respect des recommandations de sécurité par l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (URC), située à proximité de l'HDJ de chimiothérapie ; la remise des poches est directement réalisée auprès des infirmiers via « un passe-plat » permettant de limiter et de sécuriser leur transport.

Les équipes de soins respectent les règles de bonnes pratiques lors de la préparation-administration des médicaments : information du patient, administration réalisée selon le degré d'autonomie avec des modalités spécifiques à chaque patient, aide à l'administration des injectables paramétrée dans le module de prescription du DPI, administration réalisée au regard de la prescription avec vérification des concordances « produit/patient/prescription », traçabilité en temps réel des administrations et des non-administrations avec motif, surveillance du patient et suivi de l'observance du traitement, médicaments per os identifiables jusqu'au moment de l'administration.

Une liste de Médicaments A Risque (MAR) est adaptée à la typologie des différents services et aux profils des patients pris en charge ; les règles de sécurité de transport, de stockage et d'administration de ces médicaments sont respectées (Stockage avec logo MAR, prescription repérage dans le DPI avec une icône visuelle).

Afin de prévenir les risques d'erreur médicamenteuse, la sensibilisation-formation des professionnels paramédicaux à l'utilisation des médicaments est organisée (formation iatrogénie, never-events). Les erreurs médicamenteuses sont analysées conjointement par le pharmacien, les équipes de soins et la responsable qualité pour mise en œuvre des actions d'amélioration nécessaires. Les équipes disposent d'un dictionnaire des monographies des médicaments accessible et de protocoles locaux validés par le COMEDIMS.

La promotion de l'auto administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM) est en réflexion.

La maîtrise du risque infectieux dans l'établissement est effective, grâce à l'implication de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et de référents dans les services, du Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et le recours possible à des référents médicaux externes des CHU de Brest et Rennes. Les précautions standard et complémentaires, la gestion des poses et suivi des dispositifs invasifs est maîtrisée (Sondes urinaires, cathéters...). Les diverses procédures de gestion du risque infectieux sont intégrées par les professionnels ; elles sont accessibles dans la gestion documentaire informatisée. Des audits (Précautions standards, tenue professionnelle, 0 bijou, bionettoyage, hygiène des mains) sont réalisés et des indicateurs (prélèvements de surface/eau/air, taux d'infection post interventionnelle, ICSHA avec notamment analyse des causes multifactorielles des résultats encore insuffisants...) sont exploités avec un suivi, qui est intégré dans le plan d'actions d'amélioration.

La gestion de l'acte transfusionnel et du dépôt de sang est organisée et maîtrisée : prescription et administration tracées, approvisionnement depuis le dépôt de sang du bloc opératoire, contrôle ultime, surveillance en cas d'incident, suivi post transfusionnel, liens avec l'Etablissement Français du Sang (EFS) et le Comité de Sécurité Transfusionnelle et de l'Hémovigilance (CSTH) organisés, suivi d'indicateurs (Incidents transfusionnels dont EIR (Evènement Indésirable Receveur), déclaration d'Evènements Indésirables (EI) de la chaîne transfusionnelle dans e-FIT, analyse de pertinence des actes transfusionnels, suivi du taux de destruction).

Le numéro d'appel unique est connu des professionnels. Les formations « Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence » (AFGSU) sont suivies avec une réflexion pour améliorer l'accessibilité et donc le taux de formation des professionnels. Les exercices de mise en situation sont encore peu déployés dans l'ensemble des secteurs d'activités de soins. Pour autant, l'établissement a mis en place un plan de développement des compétences qui tient compte de la nécessité de cette formation. Lorsque l'exercice est déployé, un RETour d'Expériences (RETEX) et des actions d'amélioration inscrites dans la Plan d'Actions Qualité de la Sécurité des Soins (PAQSS) sont réalisés. Les chariots d'urgence sont contrôlés et disposent maintenant d'un registre d'utilisation, qui a été mis en place durant la visite avec une sensibilisation des équipes. Cette mention a été ajoutée aux quick audits réalisés mensuellement.

Les comptes-rendus de la consultation préanesthésique et de la visite préanesthésique (réalisées dans les délais conformes) contenant l'évaluation du risque anesthésique et la justification du choix de la technique ne sont pas systématiquement retrouvés dans le DPI. L'aptitude à la sortie de la salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) est validée médicalement ou évaluée sous condition de score validé médicalement (score d'ALDRETE). La traçabilité de la conformité des équipements d'anesthésie à l'ouverture des salles interventionnelles et de la SSPI est tracée et le respect des bonnes pratiques d'extubation est appliqué par les professionnels habilités.

Les équipes maîtrisent les risques liés au secteur interventionnel en respectant les bonnes pratiques pré, per et post-opératoires : préparation de l'opéré, protocoles d'antibioprophylaxie spécifiques à chaque acte interventionnel sur la base des recommandations de la Société Française Anesthésie Réanimation (SFAR), validés en CLIN et régulièrement évalués. Les check-lists patient sont opérationnelles et tracées avec analyse des GO / NO-GO et suivi d'un plan d'actions, respect du time-out entre antibioprophylaxie et incision, bionettoyage entre deux interventions et en fin de programme. Les précautions relatives à la désinfection du matériel en sortie de bloc sont appliquées. Le matériel est stérilisé par le service de stérilisation interne à l'établissement.

Le parcours « endoscopie » est structuré selon le principe de marche en avant, avec une activité centrée au bloc opératoire essentiellement (Fibroscopie digestive œsogastroduodénale, coloscopie, bronchique et cystoscopie en consultation) permettant la maîtrise des risques inhérents aux actes endoscopiques : suivi microbiologique, maintenance des endoscopes, check-list spécifique informatisée dans le logiciel du bloc opératoire, aménagement de l'unité endoscopie adapté au traitement des endoscopes, formation initiale et continue, traçabilité, amélioration des pratiques du secteur interventionnel endoscopie en lien avec l'analyse et le suivi d'indicateurs.

Le parcours du patient en chirurgie ambulatoire est sécurisé : le patient est informé des modalités pré, péri et postopératoires de sa prise en charge ambulatoire (passeport ambulatoire rassemblant l'ensemble des informations utiles à sa prise en charge). La réévaluation et la traçabilité de l'éligibilité à une prise en charge à l'ambulatoire n'est pas complètement réévaluée entre la consultation préopératoire et l'admission du patient. Le questionnaire recueilli lors du contact téléphonique de préadmission a d'ailleurs été complété durant la visite. L'autorisation de sortie est signée par un médecin ou sous condition de score (score de Chung) et le suivi du patient par un contact téléphonique après son retour à domicile est assuré.

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques est assuré grâce notamment à une veille documentaire réalisée selon les sociétés savantes des différentes spécialités chirurgicales et médicales (chirurgie, anesthésie et oncologie notamment) et les vigilants en lien avec la responsable qualité et la direction des soins ; elles sont intégrées dans la gestion documentaire régulièrement actualisée.

La gouvernance et les équipes ont conscience de l'intérêt de se mobiliser autour d'actions fondées sur la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions et l'amélioration du résultat pour le patient en tant que levier de la démarche qualité. Néanmoins cette démarche est encore hétérogène ; une évaluation des modalités de prise en charge des patients est réalisée dans les secteurs de soins critiques (Soins continus) et toutes les équipes ne sont pas encore en capacité de présenter une

démarche continue d'évaluation des résultats cliniques des patients sur une prise en charge sur laquelle elles ont identifié un potentiel d'amélioration au regard des recommandations de bonne pratique. La réactivation du programme d'évaluation des pratiques professionnelles est inscrite dans cette dynamique. La pertinence au fil de la prise en charge du patient, de son parcours et des actes réalisés est cependant argumentée au sein des équipes dans les situations de recours à des mesures restrictives de liberté, dans les décisions diagnostiques et thérapeutiques, dans l'analyse bénéfique/risque lors d'un acte de transfusion, dans la prise en compte de la dimension sociale, familiale notamment dans le cadre d'une approche de prise en charge globale du patient pour favoriser la récupération améliorée après chirurgie (RAAC : anticipation avec le patient de l'organisation de ses soins, de ses traitements et la préparation de sa sortie). L'évaluation de la pertinence des parcours par des indicateurs d'alerte (type taux de ré hospitalisation inférieure à 48 heures) n'est pas encore suivi et analysé par toutes les équipes de spécialités.

L'établissement met en place les éléments-clés d'un programme de bon usage des antibiotiques (politique, plan de formation des personnes ressources, stratégie d'évaluation : indicateurs et programme d'évaluation). Le recours possible à un médecin infectiologue, référent antibiotique aux CHU de Brest et Rennes, permet de réviser les protocoles, d'accompagner les nouvelles recommandations, de renforcer la pertinence des prescriptions des anti-infectieux (suivi prospectif en continu au regard du faible volume d'antibiothérapie, guide pratique d'aide à la prescription des anti-infectieux ePopi accessible). Toute prescription d'un traitement antibiotique et/ou sa prolongation est justifiée dans le dossier. La traçabilité de la réévaluation des prescriptions d'antibiotiques entre la 48ème et la 72ème heures est effectif et le suivi des consommations, des résistances bactériennes est réalisé dans le cadre de la mission SPARES (Surveillance et Prévention de l'AntibioRésistance en Etablissement de Santé).

Les restrictions de liberté, au demeurant rares, font l'objet d'une décision médicale précisant les modalités de mise en œuvre (points de contention, modalité de restrictions de liberté, diurnes ou nocturnes, durée, modalités de surveillance et d'évaluation), d'une analyse pluridisciplinaire bénéfices/risques tracée dans le dossier, d'une réévaluation de la pertinence de son maintien.

Soutenues par la gouvernance, les équipes se sont engagées dans une réflexion collective se manifestant par des stratégies « écoresponsables », avec un travail sur les soins écoresponsables (changements d'habitudes, boîtes à idées, mobilité douce, tri des déchets à la source, pratiques écoresponsables au bloc opératoire et en USC, réduction des interventions inutiles, révision du matériel...), des actions de préservation de l'environnement (consommations et empreinte énergétique...). L'impact des actions en faveur de soins écoresponsables que les équipes mettent en œuvre n'est pas encore évalué.

Les indicateurs de qualité et sécurité des soins (IQSS), les audits dossier, un programme d'évaluation de pratiques professionnelles (EPP) par thématique avec pilotage par les sous commissions de la CME sont mobilisés pour la mise en place de plan d'actions d'amélioration. Un travail de diffusion au plus près des équipes a été renforcé, grâce à la mise en place d'un affichage « Météo-qualité ». Les professionnels connaissent les modalités de recueil de l'expression des patients mises en place par l'établissement, en se fondant sur la satisfaction des patients mais également sur l'expérience patient qui est en progression. La mise en place d'un plan d'actions spécifiques par les équipes des services est encore hétérogène, bien qu'en amélioration pour pouvoir en mesurer les effets (plan à l'échelle du

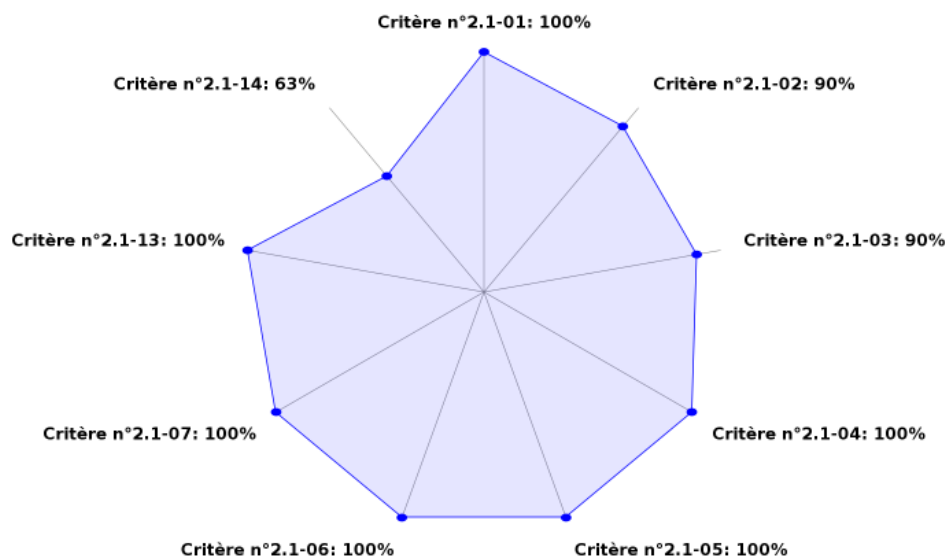
service).

Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs propres au bloc opératoire (taux d'occupation de salle, taux réel d'occupation de salle, débordement...), un affichage spécifique est réalisé au sein même du bloc opératoire par la responsable et les équipes mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'analyse des écarts, sur l'analyse des mesures de prévention des infections : port des tenues, hygiène des mains, préparation cutanée, discipline (nombre de personnes en salle, ouvertures des portes) et sur l'analyse des infections du site opératoire.

L'analyse de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et de biologie est incomplète en ce sens que les équipes n'ont pas encore développé un réel suivi d'évaluation (type analyse des retard, prescriptions, incomplètes prélèvements non technicables...) ni même d'actions suivies d'amélioration en lien avec les prestataires extérieurs d'imagerie et de biologie.

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

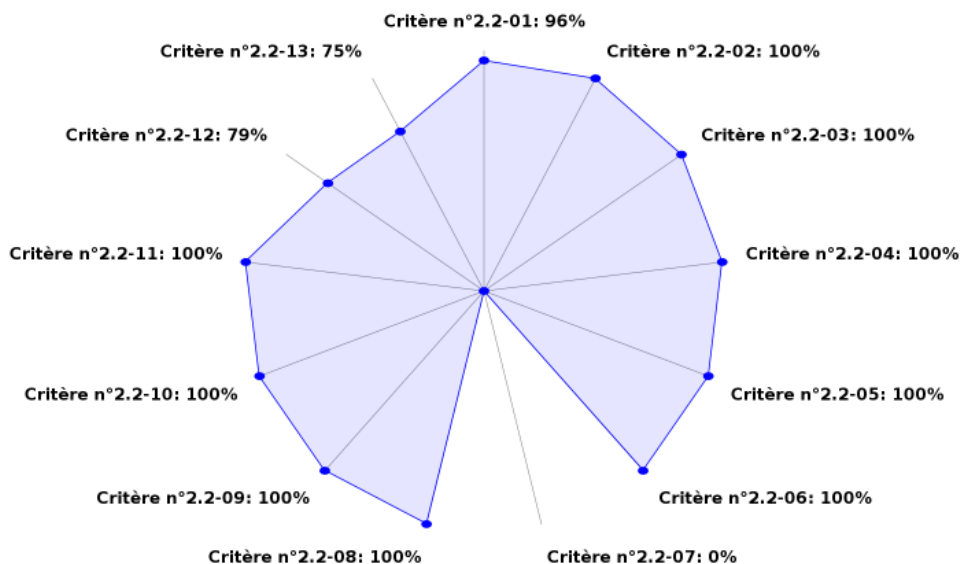
Score de l'objectif **94%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	90%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	90%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	100%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	62%

## Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **96%**

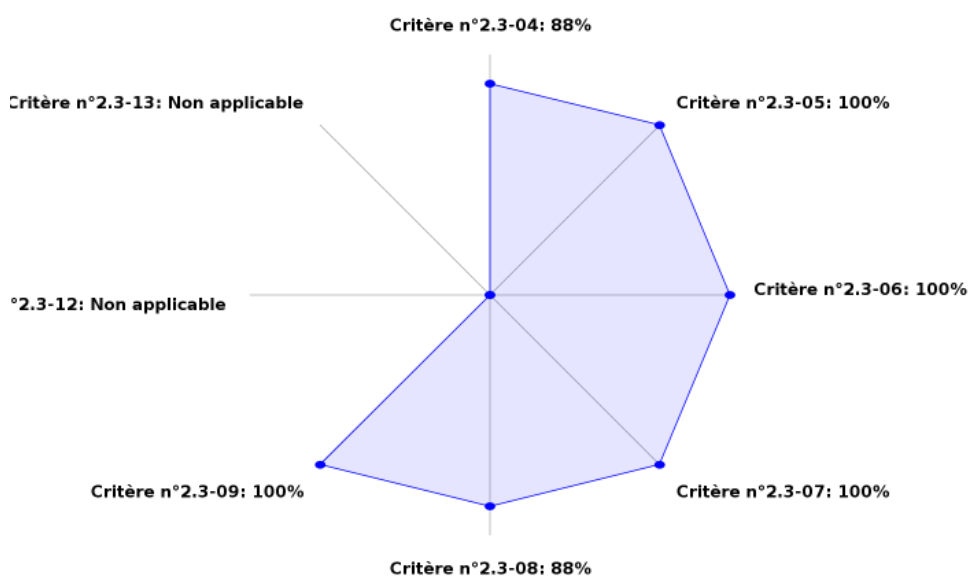


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	96%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	79%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	75%

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

Score de l'objectif **96%**

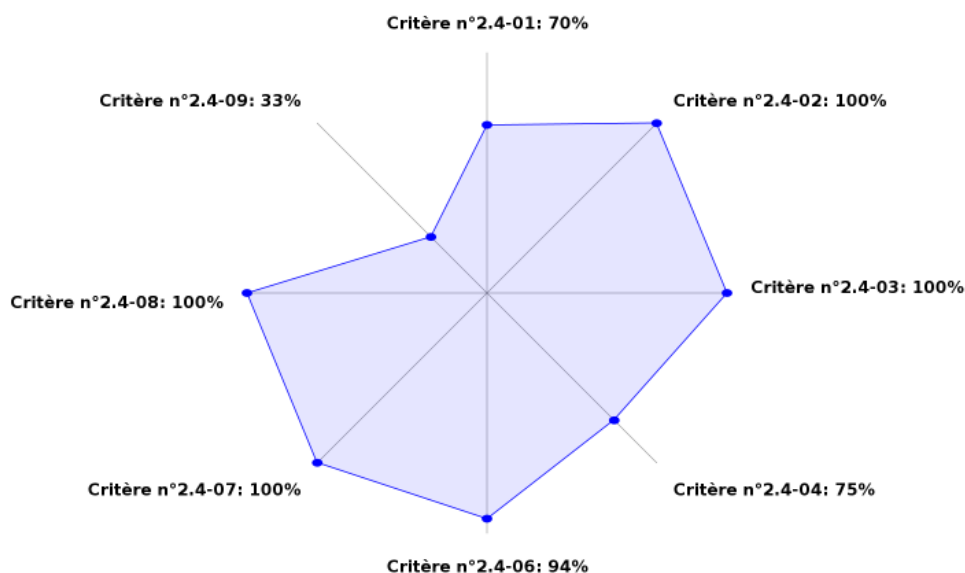


Critères		
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	88%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	88%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	Non Applicable

2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	Non Applicable
--------	--	----------------

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

Score de l'objectif **84%**

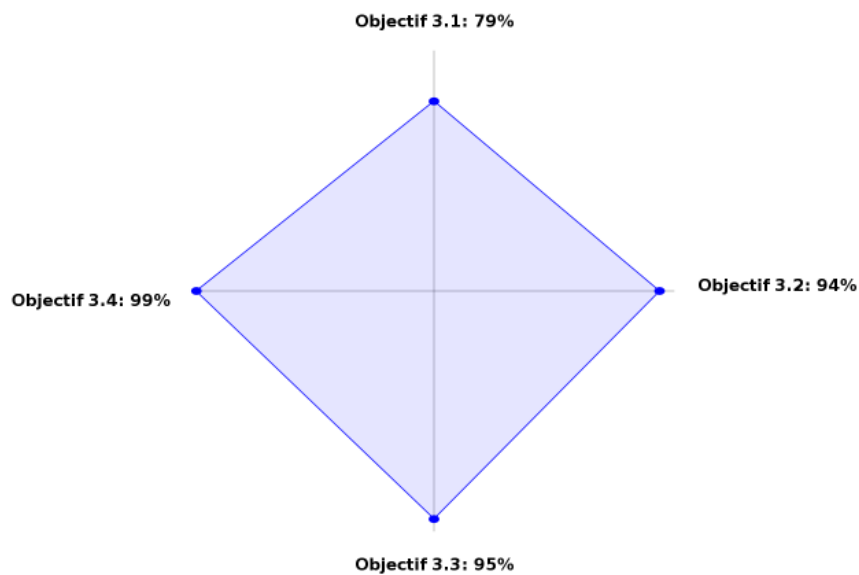


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	70%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	75%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	94%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	33%

# Chapitre 3 : L'établissement

## Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	79%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	94%
3.3	Le positionnement territorial	95%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	99%

## Synthèse du chapitre 3

La gouvernance de la Polyclinique du Trégor fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins permettant de « faire sens » aux démarches qualité entreprises, avec comme atouts majeurs des relations facilitées par la taille de l'établissement et des valeurs portées par la gouvernance et l'ensemble des professionnels : humanisme, bienveillance, sens de l'écoute et de l'accueil, des soins de qualité et de proximité et le désintéressement. L'animation de la politique Qualité est réalisée selon une organisation institutionnelle conduite au niveau stratégique par le Comité de direction (hebdomadaire), en lien avec la Commission Médicale d'Etablissement CME réactivée depuis le renouvellement récent de sa présidence, la Commission des Usagers (CDU) et l'organisation de réunions institutionnelles menées par l'encadrement paramédical et la responsable qualité (niveau opérationnel) pour faciliter sa diffusion, son portage et sa déclinaison sur le terrain auprès des professionnels (affichage personnalisé et centré par service « météo qualité », newsletter mensuelle « Flash info »...).

La politique qualité est déclinée en actions concrètes regroupées dans un Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS), qui est transversal à l'établissement avec une approche par service pour favoriser son suivi, bien que son appropriation par les équipes soit encore hétérogène. Ce PAQSS est élaboré à partir de la remontée de différentes sources : les indicateurs qualité et sécurité des soins, les résultats des questionnaires de satisfaction et d'e-satis, les enquêtes, les plaintes et/ou réclamations, les audits, les visites et inspections. La politique qualité est régulièrement évaluée et réajustée grâce au suivi de ces différentes données.

Le développement de la culture qualité et sécurité des soins porté par la gouvernance a pour ambition d'être le fil conducteur des projets menés depuis cette phase de rénovation des méthodes et organisations engagées après la dernière visite de certification ; aucune mesure du niveau de culture de sécurité n'a pour autant été réalisée mais une évaluation est projetée dès la phase de consolidation des organisations avec la CME.

L'accréditation des médecins des spécialités à risques (anesthésie, chirurgie) est promue dans l'établissement pour développer une culture sécurité à leur niveau mais sans réelle articulation des actions poursuivies dans le cadre des programmes d'accréditation des praticiens avec la démarche d'amélioration de la qualité et sécurité des soins dans l'établissement et sans remontée des évènements indésirables graves et/ou porteurs de risques dans le PAQSS.

La gouvernance analyse et exploite la survenue d'évènements indésirables (EI) liés aux soins : charte d'incitation au signalement diffusée et connue des professionnels, circuit de signalement-traitement informatisé, workflow de déclaration, déclaration des presque-accidents en progression mais probablement encore sous-déclarés, signalement des évènements indésirables graves sur le portail ARS (Agence Régionale de Santé), analyse approfondie des causes selon une méthode d'analyse collective des évènements indésirables (ALARM), bilan annuel aux professionnels (CME, réunions de service) et aux usagers (CDU), sensibilisation par le gestionnaire des risques à la déclaration des EI. Les professionnels ne sont cependant pas formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins, nécessaire pour une information adaptée et personnalisée du patient et/ou de ses proches lors de la survenue d'un EI.

En tant qu'établissement de 2<sup>ème</sup> ligne, la Polyclinique du Trégor a organisé un plan de gestion de crise décliné à partir du plan ORSAN de l'ARS, qui est intégré dans un plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGHTSSE) actualisé et intégrant les volets AMAVI, CLIM, EPI-VAC, BIO, NRC et numérique. Des exercices réguliers (AMAVI, cybersécurité...) sont réalisés avec retours d'expérience même si l'ensemble des équipes de soins n'ont pas encore toutes été associées. Le PGHTSSE est articulé avec le plan de sécurisation de l'établissement et le plan de continuité d'activité. Des RETEX « à chaud et à froid » sont organisés et suivis de plans d'actions en lien avec le PAQSS.

La gouvernance promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs avec la réalisation d'un état des lieux des questionnements éthiques et l'activation d'un comité local d'éthique, pour faciliter la prise en compte des problématiques éthiques.

La continuité des soins est assurée : les praticiens sont aisément joignables par les équipes, le suivi des recommandations de bonnes pratiques est assuré grâce notamment à une veille documentaire réalisée par les vigilants en lien avec la responsable qualité et la direction des soins ; elle est intégrée dans la gestion documentaire régulièrement actualisée.

La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge pour limiter la dégradation des soins, avec pour les professionnels non-médicaux une anticipation des effectifs sur les secteurs normés (USC et bloc opératoire), des maquettes organisationnelles, un équilibre entre personnels permanents et de remplacement, l'utilisation en interne et en externe d'un outil permettant de contacter un réseau de remplaçants habituels, le recours réfléchi à l'intérim, des procédures d'intégration des professionnels, et surtout l'organisation de la cellule de régulation hebdomadaire, véritable pierre angulaire des organisations en lien avec les professionnels médicaux tous libéraux.

La vérification des connaissances et des compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées : vérification des titres à l'embauche, entretiens annuels des professionnels non-médicaux. Les professionnels bénéficient d'un dispositif de promotion de la carrière, d'un plan de développement des compétences global et d'une dynamique d'accompagnement de formation, comprenant entre autres une offre de formations en simulation. L'établissement ne dispose pas encore de formations, qui soient en cohérence avec les actions du PAQSS mises en place dans les services. Une charte managériale vise l'harmonisation des pratiques d'encadrement ; elle est signée par l'ensemble des managers paramédicaux et responsables d'équipe, qui bénéficient de formations au management, d'actions de soutien ou de coaching, d'un dispositif de partage d'expériences... pour acquérir les compétences et la posture nécessaires à leurs missions.

La gouvernance met en œuvre des actions de prévention des risques professionnels (physiques et psychosociaux) vis-à-vis de la santé et de la sécurité des professionnels : Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels (DUERP) actualisé avec le projet de présentation à chaque professionnel lors de son embauche, identification des situations à risques (tapage, intrusion, actes de malveillance, locaux adaptés à la santé et la sécurité notamment au sein de l'unité de reconstitution des cytotoxiques et dans le local de désinfection des endoscopes, conteneurs pour objets piquants/tranchants...). L'encadrement paramédical et les responsables d'équipe bénéficient de formation à la

prévention et à la gestion des faits de discrimination, de harcèlement, de violences sexistes et sexuelles, la gestion des différends et des conflits entre professionnels, même si les professionnels de terrain ont une connaissance encore hétérogène de ces différents dispositifs. L'établissement suit et analyse le taux d'absentéisme en lien avec les maladies professionnelles et accidents du travail par service et met en œuvre les actions d'amélioration nécessaires. La gouvernance permet aux professionnels d'être accompagnés tout au long des campagnes de vaccination recommandées (coqueluche, rougeole, varicelle, grippe saisonnière, Covid-19...) et obligatoires (hépatite B...), avec des relais vaccinateurs dans les services, la gratuité des vaccinations, une information pour répondre à l'hésitation vaccinale... La gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits avec un dispositif gradué de réponses aux professionnels et d'accompagnement avec recours possible à des médiateurs ou à un accompagnement psychologique.

La gouvernance poursuit une politique de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) intégrée au sein du projet d'établissement. Cette politique est structurée en lien avec le Groupe Hôpitaux du Grand Ouest (HGO), autour d'un référent et de groupe de travail QVCT : DUERP actualisé, baromètre social, mesures QVCT (aides au logement, aide à la santé avec les organismes de prévoyance/mutuelle, espaces de discussion avec dialogue facilité par la taille de l'établissement, encouragement à la mobilité douce...), mise à profit de la semaine nationale QVCT. Elle soutient le travail en équipe sur la base de points réguliers lors de réunions de service, de temps de travail en commun. Elle n'a pas encore soutenu le déploiement de professionnels dits de pratique avancée, type IPA (Infirmier de Pratique Avancée) ou de programmes d'éducation thérapeutique (projet en réflexion dans le cadre de la prise en charge des patients en chimiothérapie).

La Polyclinique du Trégor (Lannion) membre du groupe mutualiste VyV, HOSPI GRAND OUEST HGO, groupe de protection sociale, mutualiste et solidaire participe à la prise en charge des patients de la Bretagne Occidentale (nord-ouest des Côtes d'Armor et nord-est du Finistère) dans le cadre d'une offre de chirurgie de proximité portant sur 8 spécialités, toutes décrites dans un projet médical partagé, avec une activité essentiellement programmée de chirurgie en hospitalisation complète et ambulatoire et de chimiothérapie en hospitalisation de jour. Elle dispose d'un plateau de consultations médicales, d'un bloc opératoire comprenant un secteur interventionnel d'endoscopie, une pharmacie à usage interne (PUI) avec une unité de reconstitution des cytotoxiques et un service de stérilisation.

A ce titre, elle a défini sa stratégie "Parcours patient" en cohérence avec les besoins en soins de son territoire (mortalité supérieure à la moyenne régionale et nationale) avec une analyse socio-économique de son territoire de recours (vieillissant associé à un déclin démographique) et selon les orientations du Schéma de l'Offre de Soins et du Projet Régional de Santé (2024-2028), les engagements souscrits dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience en soins (CAQES). Elle a structuré ses relations avec les acteurs du territoire de démocratie sanitaire N°7 défini par l'ARS (Conseil de Territoire de Santé Armor), les établissements du groupe HGO en Bretagne et du Groupement Hospitalier de Territoire GHT Armor, avec notamment les centres hospitaliers de Lannion, Saint-Brieuc, Morlaix, Paimpol, Tréguier et Guingamp, le Service Départemental d'Incendie et de Secours SDIS 22, ainsi qu'avec les CHU de Brest et Rennes.

La Polyclinique du Trégor a également développé des coopérations territoriales et partenariats avec

l'hospitalisation à domicile (HAD), le dispositif d'appui à la coordination (DAC), de nombreux Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) (e-santé Bretagne, CAPPs Bretagne, CHU Rennes), le dispositif 3C (Centre de Coordination en Cancérologie), les établissements du secteur médico-social, le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Lannion-Trégor-Communauté, les associations. Elle participe au développement d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS Côte de granit rose) sur son territoire d'attractivité et entretient des échanges réguliers avec les professionnels médicaux et paramédicaux de la ville.

L'organisation de la prise en charge des patients tient compte des populations vulnérables et notamment du caractère vieillissant de son bassin de population, avec des parcours adaptés pour limiter l'errance diagnostique et faciliter l'orientation des patients dans des filières adaptées (maladies rares ou centres spécialisés). Un suivi des hospitalisations non pertinentes (Enquête ARS Pertinence des hospitalisations en Bretagne 09/2025).

L'offre de soins non programmée est limitée aux prises en charge post-opératoires (questionnement de patient, compléments de prise en charge, complications...) avec une organisation centrée sur un accueil chirurgical (consultation) géré par un infirmier de 7h00 à 19h00 les jours ouvrés et une astreinte d'un anesthésiste la nuit et les weekends. L'établissement a développé une organisation permettant d'éviter le transfert des patients âgés : circuits courts, identification des établissements de recours à contacter, ligne téléphonique d'accueil chirurgical, convention « accueil de jour » avec les établissements médico-sociaux, consultation de cardiologie interne et externe...

La Polyclinique adapte sa communication avec les acteurs du territoire grâce à l'actualisation de son site Internet, du Répertoire de l'offre et des Ressources ROR décrivant l'offre de santé, l'utilisation d'une messagerie de santé, la possibilité de prise de rendez-vous en ligne, la diffusion de supports papiers ou numériques (flash info mensuel).

L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire avec l'accueil de stagiaires des Instituts de Formation en Soins Infirmiers et de Formation des Aides-Soignants IFSI et IFAS (Offres de stage, projet de stage formalisé, carnet de stage en hôpital de jour de chimiothérapie pour le suivi et l'évaluation du stage). L'établissement n'a cependant pas encore réalisé d'enquête de satisfaction des étudiants accueillis pour améliorer son offre de stage. Le développement de la recherche clinique en interne ou en partenariat est considéré par la gouvernance et les équipes médicales comme un levier d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avec a minima un repérage des professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche en lien notamment avec l'Unité de Recherche Clinique (URC) du GHT d'Armor.

La qualité des biens immobiliers et mobiliers est considérée par la gouvernance comme un prérequis de la qualité des soins et des conditions nécessaires à l'exercice des pratiques. Des contrôles sécurité sont régulièrement réalisés avec édition d'un rapport de contrôle et mise en œuvre des actions d'amélioration nécessaires. Un audit énergétique a été réalisé, un plan de maintenance des locaux et équipements est suivi en conformité avec les règles de maintenance, la gestion des plans d'équipements est en adéquation avec les activités de l'établissement et les besoins des professionnels, un technicien est présent les jours ouvrés, une astreinte est opérationnelle la nuit, les weekends et jours fériés. Les professionnels bénéficient d'une formation à « l'évacuation des patients

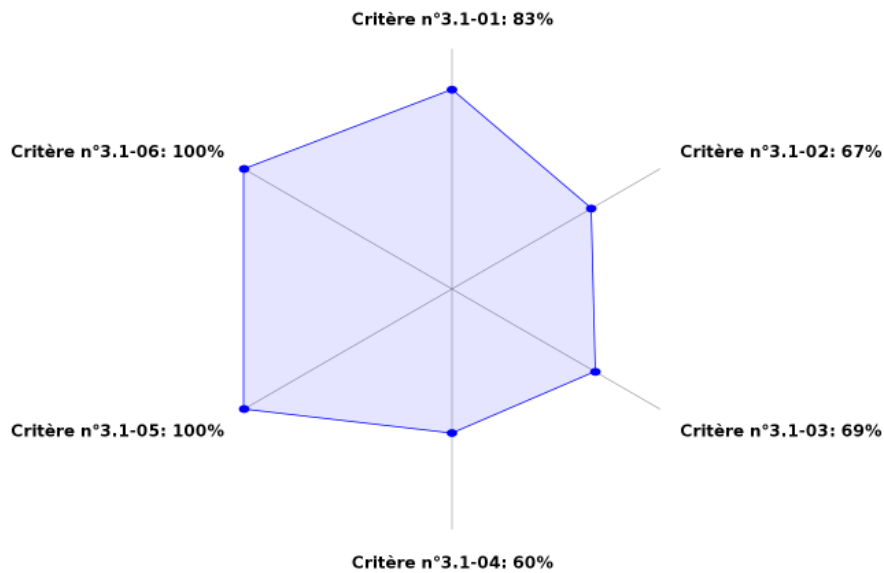
en simulation » (dernière formation en septembre 2025).

L'établissement s'est par ailleurs engagé dans une démarche d'adaptation à des soins écoresponsables en développant notamment une offre de télésanté (télésurveillance, programme Résilience déclarée à l'ARS) avec-identification des situations éligibles à la télésanté, une organisation permettant le déploiement effectif et un suivi d'indicateurs (délais de traitement des alertes, taux de complétion pour les patients inclus, temps de réponse au questionnaire...) avec plan d'action porté par Résilience et la gouvernance. Une réflexion collective est en place ; elle se manifeste par des stratégies « écoresponsables », un travail sur les soins écoresponsables et des actions de préservation de l'environnement.

L'établissement est également engagé dans une démarche de transition écologique. Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont évalués et suivis par la gouvernance avec un plan d'actions ajusté selon les risques environnementaux auxquels la Polyclinique est exposée. Des campagnes de sensibilisation sont réalisées dans le cadre de la semaine européenne du développement durable.

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

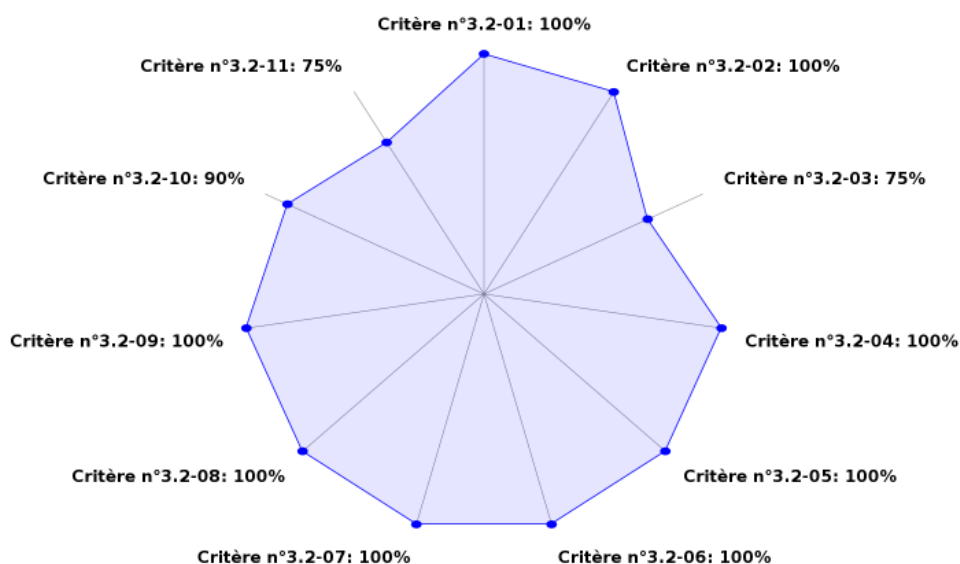
Score de l'objectif **79%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	83%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	67%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	69%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	60%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

## Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **94%**

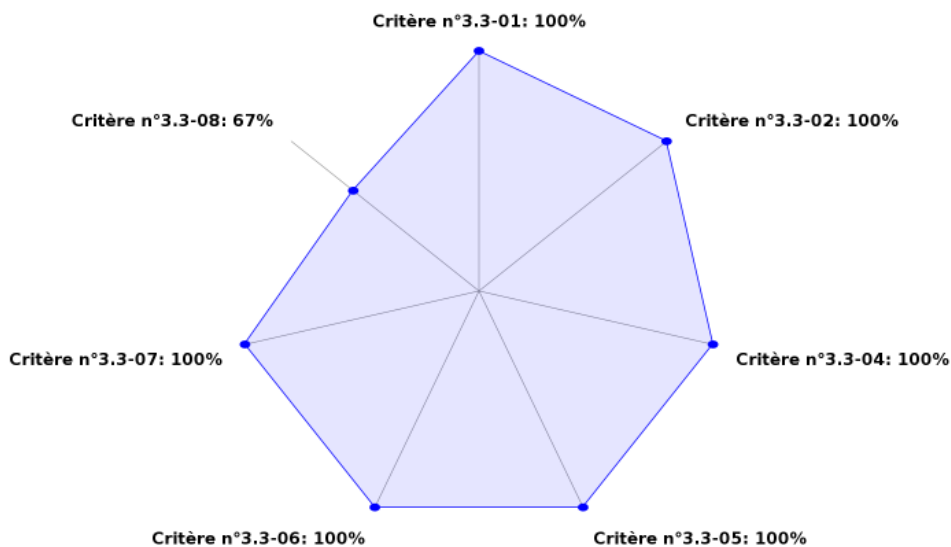


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	75%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	100%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	100%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	90%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	75%
--------	---	-----

## Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

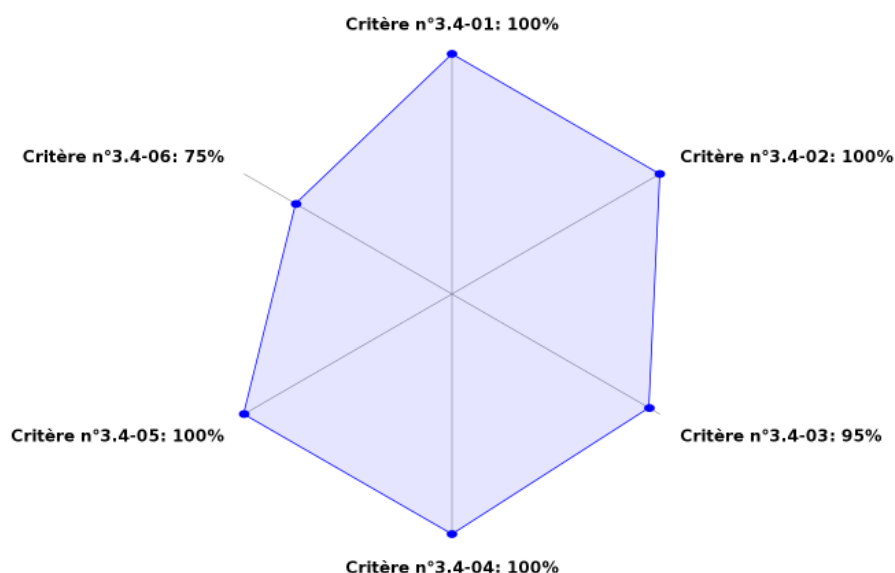
Score de l'objectif **95%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	67%

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

Score de l'objectif **99%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	95%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	100%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	75%

---

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

---

