



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL DE  
CORNOUAILLE**

14 avenue yves thepot

Bp 1757

29107 Quimper



Validé par la HAS en Septembre 2023

---

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information  
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00  
© Haute Autorité de santé – Septembre 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	14
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	24
Annexe 3. Programme de visite	28

# 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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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 INTERCOMMUNAL DE CORNOUAILLE	
Adresse	14 avenue yves thepot Bp 1757 29107 Quimper FRANCE
Département / Région	Finistère / 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	290020700	CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE	14 AVENUE YVES THEPOT BP 1757 29107 Quimper Cedex FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

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

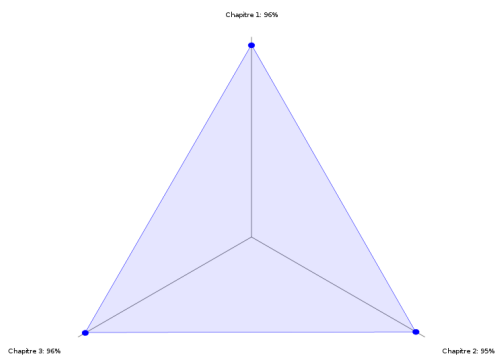


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Tout l'établissement
Urgences

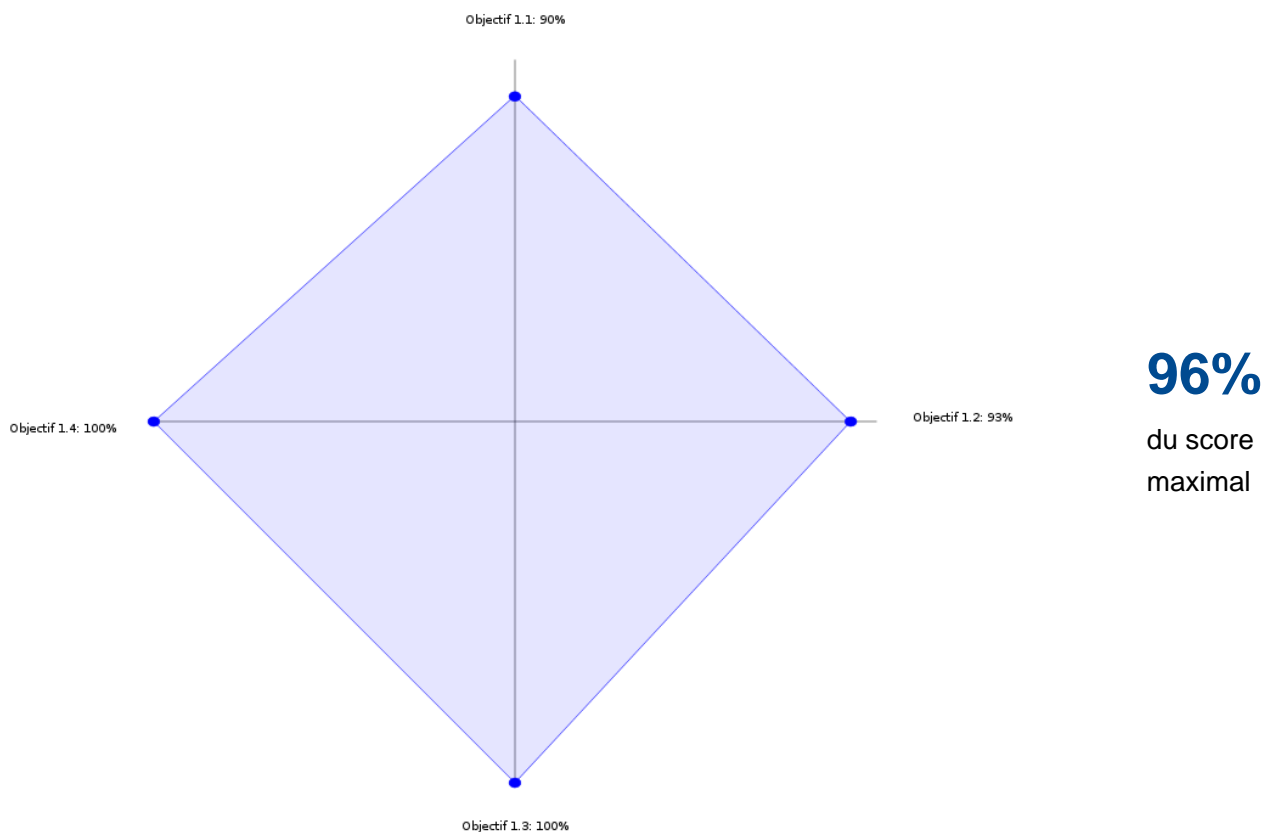
Au regard du profil de l'établissement, **119** critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient



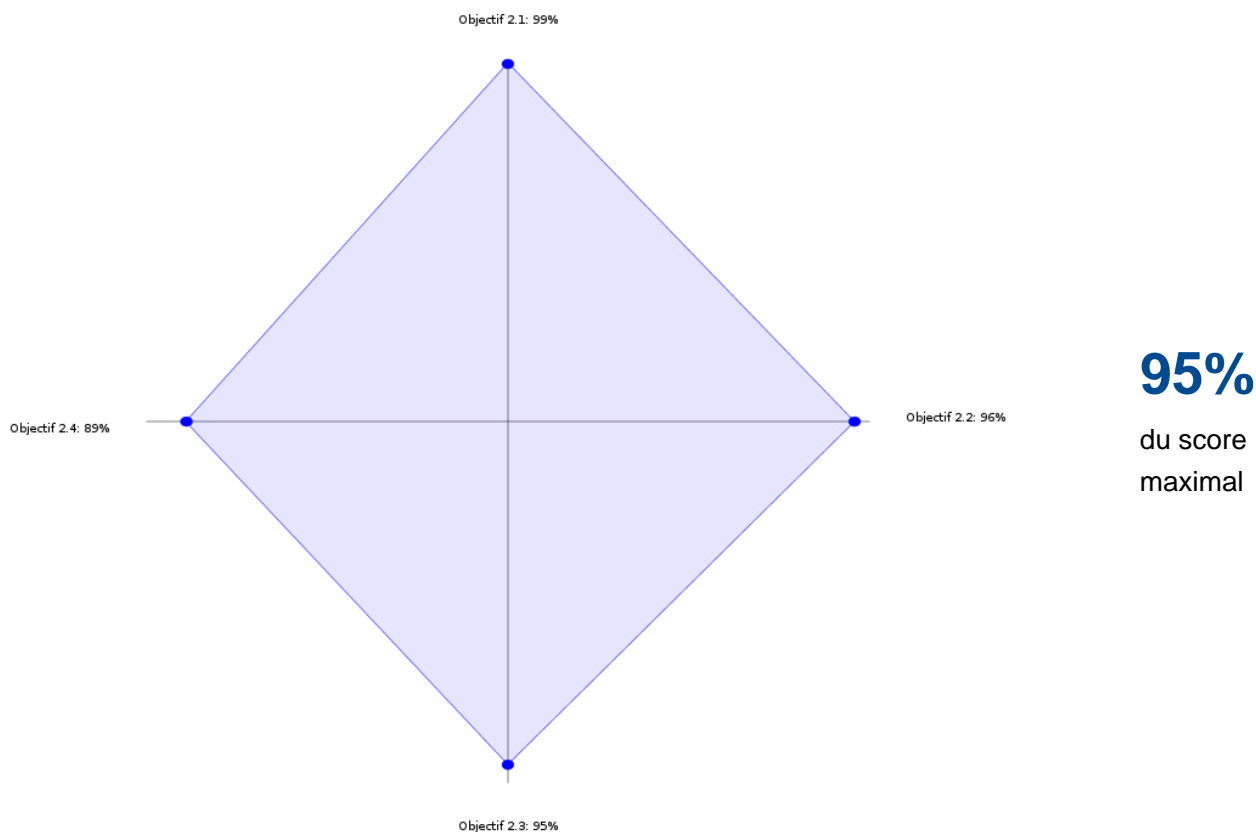
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	93%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre hospitalier de Cornouaille Quimper Concarneau informe le patient sur ses droits dans une approche adaptée à son degré de discernement. De nombreux outils de communication permettent d'informer le patient sur ses droits comme le site internet de l'établissement, les affiches apposées à l'entrée des services (Charte de la personne hospitalisée, Charte ROMAIN JACOB, composition de la Commission des usagers, modalités pour contacter les représentants des usagers, etc.) ou le livret d'accueil remis à son entrée dans lequel sont notamment explicités les droits à désigner une personne de confiance ou à rédiger des directives anticipées. Cependant, la grande majorité des patients rencontrés ne témoigne pas d'une information reçue sur les directives anticipées et leur droit à en rédiger. Des messages de santé publique sont également délivrés à travers des flyers mis à sa disposition dans les unités de soins (accès à l'Équipe de Liaison et de Soins en

Addictologie territoriale, information aux patients diabétiques, promotion de la vaccination, etc.). Tout au long de son séjour, les professionnels de santé, praticiens hospitaliers et personnels soignants, explicitent les modalités de prise en charge lors d'entretiens singuliers de telle façon que le patient puisse exprimer son consentement libre et éclairé sur ses soins et être acteur à part entière dans l'élaboration de son projet thérapeutique. En pédiatrie, les soignants témoignent d'une attention particulière lors de la délivrance des soins pour permettre à l'enfant d'exprimer un avis sur sa prise en charge et de renforcer son implication. En chirurgie ambulatoire, un document intitulé « Mon passeport ambulatoire » est remis au patient l'informant sur les étapes de sa prise en charge en Unité Chirurgicale de Jour (UCJ) avec, entre autres, des consignes à respecter la veille de son intervention et lors de sa sortie. Des modalités d'information sont également mises en œuvre en cas d'implantation de dispositifs médicaux ou d'administration de Produits Sanguins Labiles (comme un flyer sur l'information préalable destinée aux patients transfusés). En situation de fin de vie, l'expression de la volonté du patient est recherchée et l'accès aux soins palliatifs est favorisé par la présence, en ressource interne, d'une équipe transversale de soins palliatifs. Les patients sont invités à faire part de leur satisfaction par l'intermédiaire de l'enquête e-Satis, du questionnaire institutionnel disponible dans le livret d'accueil et des questionnaires spécifiques élaborés dans les unités de soins (16 questionnaires différents recensés selon le type de prise en charge). L'identification de la personne à prévenir et d'une personne de confiance, si le patient souhaite en désigner une, est retrouvée dans le dossier de soins. Tout au long de sa prise en charge, le patient est respecté. L'établissement dispose d'un grand nombre de chambres doubles sur les sites de Quimper et de Concarneau, toutes équipées de paravents de séparation entre les lits, et d'un nombre de chambres individuelles avec cabinets de toilettes permettant le respect de l'intimité et de la dignité des patients. Des salles de bains sont présentes dans les unités de soins pour les patients pris en charge en chambres doubles. La pratique des professionnels apporte une attention particulière au respect de la dignité lors des soins prodigués. Les patients mineurs sont pris en charge en service de pédiatrie dans un environnement adapté à leur âge. En unité de chirurgie de jour, des chambres leur sont réservées, mais il a été constaté lors des investigations de terrain qu'un enfant était pris en charge dans une pièce aménagée avec des fauteuils en présence d'adultes à la sortie du bloc opératoire, faute de chambres disponibles. Les personnels en poste n'étaient pas également formés à la prise en charge des enfants et adolescents. Au regard de ce constat, l'établissement a pris la décision de garder plus longtemps les enfants en salle de surveillance post interventionnelle si une prise en charge en chambre n'était pas possible, et d'augmenter le capacitaire du service d'ici la fin de l'année 2023. De même, des séquences d'immersion d'une journée des personnels en pédiatrie vont être engagées à la suite de la venue des experts visiteurs, et une formation dispensée en septembre 2023 au CHU de Brest. Les patients en situation de handicap et les personnes âgées bénéficient du maintien de leur autonomie durant leur séjour par la sollicitation des personnels à les impliquer dans la réalisation des soins, et lors des toilettes et des prises des repas. Les professionnels respectent la confidentialité des informations, notamment lors des temps d'échange et de la séquence de distribution des médicaments au niveau de l'accès des informations contenues dans le dossier patient informatisé (écran d'ordinateur rabattu). Les modalités de recours à la contention mécanique en cas de besoin sont définies ; elle fait l'objet d'une prescription médicale initiale et d'une réévaluation pluriprofessionnelle pour son maintien. La prise en charge de la douleur est assurée par des évaluations conduites avec des échelles adaptées aux patients communicants (échelle verbale simple, échelle numérique) et non communicants (échelle d'évaluation comportementale ALGOPLUS pour les personnes âgées ou échelle spécifique chez le nouveau-né), et mise en place si nécessaire d'un traitement dont l'efficacité est elle-même évaluée. Les proches et aidants participent à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient. Avec l'accord du patient, la famille est invitée à s'impliquer dans l'élaboration du projet de soins afin de répondre à une meilleure adaptation de la prise en charge, en particulier pour les patients vulnérables ou présentant des troubles cognitifs. Les horaires de visite, variables selon les services, peuvent notamment pour les personnes en fin de vie être aménagés sur autorisation médicale pour assurer une présence des proches en tant que de besoin. La prise en charge du patient tient compte de ses conditions de vie et de lien social. Les assistantes sociales de l'établissement

accompagnent les patients, et en particulier ceux en situation de précarité, dans leurs démarches afin de garantir la continuité de leurs parcours de soins au-delà de l'hospitalisation. Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) est assurée sur les deux services d'accueil des urgences de Quimper et de Concarneau. L'expression des besoins des personnes vivant avec une maladie chronique est prise en compte, notamment dans la phase de préparation de la sortie. Dans les unités d'USLD, les patients bénéficient de nombreuses animations afin de maintenir un lien social comme l'organisation de déjeuners en ville ou des activités à visée de maintien de l'autonomie autour d'un « table magique » destinée plus particulièrement aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés.

## 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	99%
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	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	89%

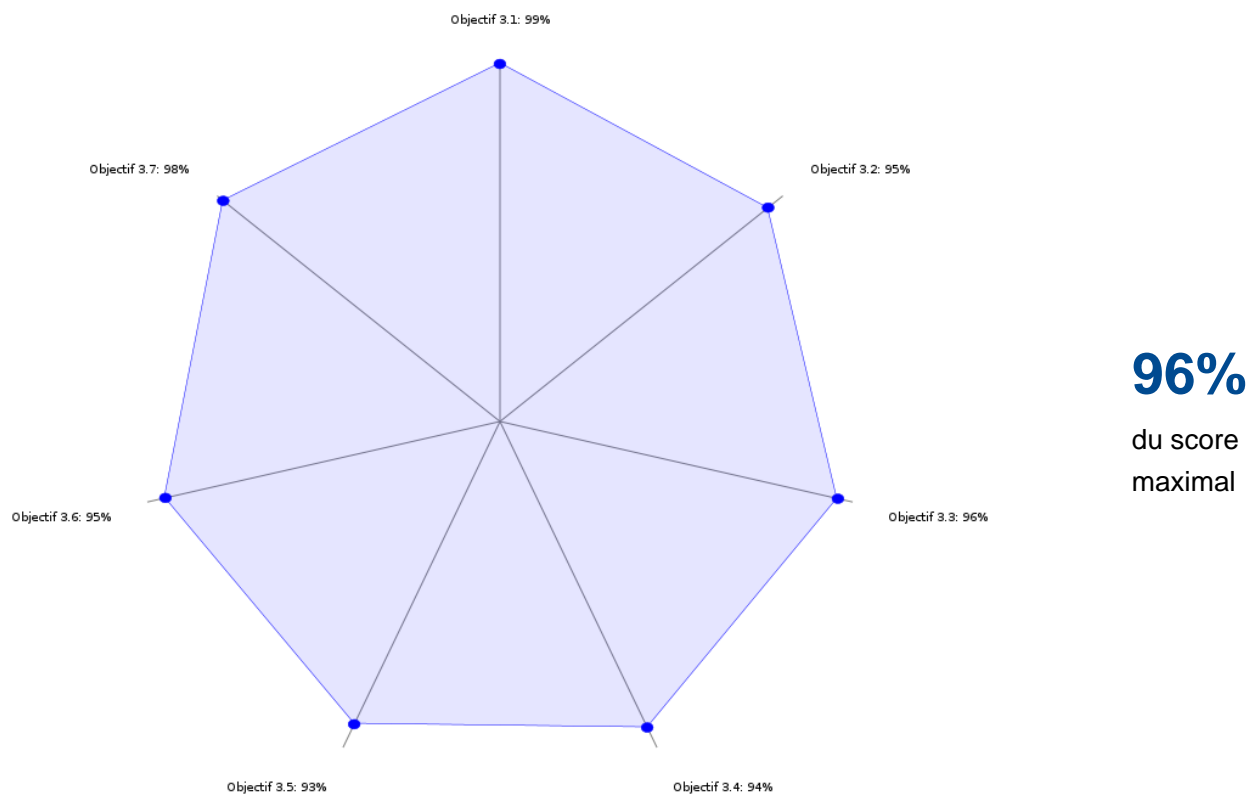
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe. Les staffs médicaux permettent de valider les décisions diagnostiques et thérapeutiques. Des réunions de concertation pluridisciplinaire réunissant l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge sont organisées notamment en oncologie ou en infectiologie au sujet des infections ostéo-articulaires. Pour le SMUR, l'orientation du patient au décours de la prise en charge est discutée avec la régulation médicale du SAMU 29 basée au CHU de Brest pour une orientation dans la filière de prise en charge la plus adaptée en tenant compte, autant que faire se peut, de ses préférences. Le transfert en Hospitalisation À Domicile (HAD de Cornouaille) fait l'objet au préalable de la venue de l'infirmier de coordination pour évaluer la prise en charge en soins avec les équipes soignantes. Les antibiothérapies de première intention sont prescrites sur la base des recommandations

institutionnelles. Elles sont justifiées dans le dossier du patient et leur réévaluation est réalisée et tracée à la 48ème heure. Un audit annuel portant entre autres sur le respect de cette réévaluation a permis de confirmer le respect des bonnes pratiques en la matière. Le conseil en antibiothérapie est assuré par quatre médecins infectiologues du service des maladies infectieuses et tropicales et des séquences de formation sont mises en place lors de l'arrivée des nouveaux internes. Les actes transfusionnels font l'objet d'une analyse bénéfique / risque partagée avec le patient. La pertinence des transfusions pour les patients régulièrement transfusés est évaluée au sein d'un Comité de transfusion sanguine et hémovigilance. Le taux de destruction des poches de sang est également suivi et analysé. Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient, de manière pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Les prises en charge par le SMUR donnent lieu à un dossier pré-hospitalier en support papier complet dont une copie est remise au service d'accueil des urgences qui prend en charge le patient. L'accueil des urgences est assuré par les deux services d'accueil des urgences du CHI de Cornouaille situés sur les sites de Quimper et Concarneau et dont l'organisation est commune (même chef de service). La prise en charge des patients est structurée en différents circuits (par exemple à Quimper filières patients couchés et ambulatoire, avec 1 box pédiatrique et 2 postes de déchoquage) et la prise en charge initiale est assurée par un infirmier d'accueil et d'orientation à partir de l'utilisation de l'échelle de tri « FRENCH » de la Société Française de Médecine d'Urgence. Le dossier patient est informatisé et accessible par tous les professionnels concourant aux soins via les nombreux postes informatiques mis à leur disposition. Quels que soient les services de prise en charge, le projet de soins est construit en équipe lors de réunions pluridisciplinaires et est réévalué au décours du séjour, le tout avec l'accord du patient. La programmation des actes interventionnels est validée en réunion de programmation du bloc opératoire le jeudi pour la semaine suivante et les modalités d'intégration des urgences sont connues des équipes. Les check-lists sécurités du patient sont spécifiques aux secteurs interventionnels (bloc opératoire, cardiologie interventionnelle, endoscopie) et leur utilisation est conforme aux recommandations de bonnes pratiques définies par la HAS. La transmission des informations entre les équipes des secteurs d'hospitalisation et le bloc opératoire s'opère via le dossier médical et une fiche de liaison. Une démarche palliative pluriprofessionnelle est mise en œuvre pour les patients en fin de vie avec le recours si besoin à l'expertise de l'équipe mobile de soins palliatifs de l'établissement. La lettre de liaison du patient est élaborée permettant d'assurer la continuité des soins à domicile ou dans les structures médico-sociales en aval de l'hospitalisation. Celle-ci fait l'objet de travaux pour améliorer la qualité des renseignements qui y sont portés et sa remise à la sortie du patient (harmonisation des maquettes rédactionnelles, réorganisation des secrétariats). Les équipes s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont connues des professionnels et les patients sont identifiés dès leur admission par la pose d'un bracelet. Les vigilances sanitaires sont connues des professionnels (un flyer mis à leur disposition les reprend avec les coordonnées des correspondants) et ces dernières sont opérationnelles 24h/24 en matière d'alertes ascendante et descendante. Les prescriptions médicamenteuses sont rédigées dans le dossier patient informatisé et l'analyse pharmaceutique est réalisée par des pharmaciens référents par service. L'organisation de l'approvisionnement (dispensation nominative journalière individuelle en MCO à Quimper, dispensation global à Concarneau), du stockage (condition de conservation, sécurisation, etc.) et d'accès aux produits de santé est définie au sein des services de soins par la Pharmacie à Usage Intérieur. La préparation des chimiothérapies est réalisée au sein d'une unité de reconstitution des cytostatiques située à la pharmacie. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre par les infirmiers avec une traçabilité informatique assurée lors de la prise sur des postes informatiques mobiles. Les médicaments à risque bénéficient d'une prescription, d'une dispensation, d'une administration conformes aux recommandations de bonnes pratiques. La dotation est déterminée par service. Les différentes étapes de la prise en charge transfusionnelle sont notées dans le dossier transfusionnel avec la présence d'une check-list et les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de complication. L'équipe opérationnelle d'hygiène (composée d'un médecin, d'un cadre de santé, de trois infirmières et d'une secrétaire) coordonne les mesures de prévention des infections associées aux soins en lien avec les référents des unités de soins. Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les précautions standards et complémentaires. Des formations

sont régulièrement assurées (journée consacrée à l'hygiène des mains) et des audits sont conduits comme par exemple la surveillance du site opératoire, le contrôle particulière des salles du bloc opératoire ou la gestion des excréta. Les secteurs disposent de protocoles d'antibioprophylaxie adaptés à chaque chirurgie. Toutefois les experts visiteurs ont constaté que les protocoles ne prévoyaient pas de dose spécifique en cas d'obésité, que l'antibioprophylaxie n'était pas prescrite en consultation préanesthésique et peu en visite préopératoire, et un délai de 10 minutes non conforme entre l'administration de l'antibioprophylaxie et l'intervention (en urologie). Les endoscopies digestives sous anesthésie générale sont réalisées au sein du bloc opératoire et les endoscopies bronchiques sont effectuées dans les services de pneumologie et en réanimation. Des zones de traitement des endoscopes sont contiguës à chacun de ces secteurs et le matériel est pris en charge par du personnel formé à la désinfection avec une traçabilité conforme aux bonnes pratiques. Les équipes sont attentives aux mesures de prévention de la dépendance iatrogène des personnes âgées, notamment en ce qui concerne la dénutrition et les chutes. En ce qui concerne la maîtrise des risques liés aux rayonnements ionisants, les professionnels sont formés à la radioprotection et les doses reçues par le patient au cours de tout acte d'imagerie médicale sont tracées sur les supports ad hoc. Les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination et une campagne de vaccination est organisée au sein des unités de soins pour les personnels volontaires et à la sortie du restaurant du personnel lors d'une journée spécifique. En salle de naissance, les personnels sont formés à la prévention et la prise en charge précoce de l'hémorragie du post-partum. Les professionnels chargés du transport des patients (transports couchés, en fauteuil ou en véhicule avec du personnel habilité) connaissent les règles de sécurité et de confort, les mettent en œuvre et respectent les horaires définis communiqués aux patients (régulation par un agent responsable). Les équipes analysent leurs résultats cliniques et mettent en place des plans d'actions. Des actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont suivies sur différentes thématiques, comme par exemple la qualité de la tenue du partogramme en obstétrique, les modalités de déclenchement des codes rouges pour les césariennes en urgence, l'évaluation de la qualité d'utilisation des chambres à cathéter implantables, l'évaluation de la mise en contention physique en chirurgie, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition dans toutes les unités, etc. Les résultats de l'enquête e-Satis, ainsi que ceux issus du questionnaire de satisfaction institutionnel ou d'autres propres à certaines unités, sont exploités par les équipes pour dégager des actions d'amélioration qui leur sont propres. Les plaintes et réclamations sont analysées et connues des professionnels. Les Indicateurs Qualité Sécurité des Soins (IQSS) sont connus des professionnels et des travaux visant à l'amélioration de leur niveau de satisfaction sont conduits comme par « l'infirmière douleur » concernant la traçabilité de l'évaluation de la douleur, ou l'équipe opérationnelle d'hygiène pour ce qui est de l'utilisation des solutions hydroalcooliques. Les événements indésirables associés aux soins sont analysés collectivement avec mise en œuvre d'actions d'amélioration et rétro information auprès des personnels déclarants. Au bloc opératoire, des évaluations du respect des modalités de la réalisation de la check-list sont conduites. Dans les services de soins critiques (réanimation, USIC, etc.) les équipes suivent des indicateurs concernant les modalités de prise en charge des patients. Toutefois, il n'existe pas de registre de refus d'admission en service de soins critiques et les réhospitalisations à 48/72 heures ne sont pas suivies. Des rencontres sont organisées avec d'une part les responsables du laboratoire de biologie médicale (accrédité COFRAC) et du plateau d'imagerie médicale de l'établissement, et d'autre part les praticiens hospitaliers pour optimiser la coordination entre les équipes et répondre aux attentes des prescripteurs en matière de qualité des résultats et de délais de rendu des examens, ainsi que des biologistes et radiologues par rapport aux données à spécifier dans les prescriptions. L'équipe de la Coordination Hospitalière de Prélèvement d'Organes et de Tissus de l'établissement évalue son activité et ses résultats via la réalisation d'un bilan annuel, le suivi des indicateurs « Cristal action » et d'indicateurs qualité (conformité des dossiers, biovigilance, etc.), le tout en lien étroit avec l'Agence de biomédecine. Des actions d'amélioration à partir des résultats de ces indicateurs sont conduites afin d'optimiser la qualité de l'activité.



# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	95%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	94%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille Quimper Concarneau a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire. L'établissement a la particularité d'avoir ses services de soins répartis sur deux communes, les villes de Quimper et de Concarneau. Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Union Hospitalière de Cornouaille (GHT UHC) du Finistère Sud dont il est l'établissement support.

Les structures sanitaires du GHT UHC ont défini des parcours de soins permettant sur le territoire de santé une prise en charge des patients au sein de filières coordonnées (oncologie, neurologie, etc.). Un partenariat spécifique existe avec l'UGECAM pour la prise en charge des patients en soins de suite et de réadaptation (GCS de moyens). L'établissement contribue au développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en siégeant notamment au Conseil d'administration de la CPTS « Union pour la santé du pays de Quimper » avec laquelle il a créé un Groupement de Coopération Sanitaire « Alliance Cornouaille Santé » dans l'optique de développer des projets locaux de santé. Il participe également aux travaux de la CPTS du pays de Fouesnantais. Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) est renseigné quotidiennement par la direction des relations avec les usagers, de la qualité et de la gestion des risques. Concernant les admissions en urgence dans les unités spécialisées, l'organisation en interne repose sur une cellule de gestion des flux favorisant la fluidification des parcours des soins, et en externe par la mise à disposition des professionnels libéraux et structures sanitaires et médico-sociales d'un annuaire professionnel permettant de contacter directement un médecin de spécialité. Pour prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales, un Dispositif d'Appui à la Coordination (Appui santé en Cornouaille) permet d'obtenir un avis médical et la coordination de la filière gériatrique pilotée par le CHI facilite la programmation des hospitalisations au niveau des établissements de la Cornouaille. La promotion de la recherche clinique est portée au sein de l'établissement par une Unité de Recherche Clinique (URC) animée par un médecin coordonnateur et du personnel dédié (3 attachés et 2 infirmiers de recherche clinique). Un Comité de sélection des recherches est en place et structure la recherche clinique au sein de l'établissement. En 2022, 80 patients ont bénéficié de molécules en cancérologie dans le cadre de cette activité. L'engagement du patient et le respect de ses droits sont promus par la gouvernance. L'établissement recueille la satisfaction du patient en lui demandant lors de la séquence d'admission son adresse mail dans le but de promouvoir le dispositif e-Satis et en l'incitant à renseigner les questionnaires de satisfaction (questionnaire institutionnel et questionnaires spécifiques dans certaines unités). Les résultats des questionnaires sont présentés aux instances dont la Commission Des Usagers (CDU) et affichés dans les unités de soins à destination des patients hospitalisés et des professionnels. L'expertise des patients est mobilisée par leur participation à quelques actions d'éducation thérapeutique ou de soutien aux patients comme en néphrologie avec les futurs patients dialysés et greffés. Un groupe « Projet de soins bientraitance » est en place avec pour objectifs « Promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance au quotidien ». Un questionnaire d'autoévaluation des pratiques professionnelles a été conduit afin de sensibiliser les personnels de soins à la thématique et identifier les situations de maltraitance ordinaire. Une « Procédure d'intervention face aux situations de maltraitance des enfants et des personnes vulnérables » est rédigée et permet d'opérer un signalement si un cas de maltraitance est avéré. Le repérage et la prise en charge des maltraitements éventuelles subies par les patients fait l'objet d'un recensement au niveau du PMSI. Les personnes vulnérables bénéficient d'un accompagnement par les assistantes sociales de l'établissement favorisant une prise en soins dans la durée. Les représentants des usagers, au-delà de la tenue des réunions de la Commission des usagers, participent à différentes instances (Comité de lutte contre la douleur, Comité de liaison alimentation nutrition, Comité de lutte contre les infections nosocomiales, etc..) et ont été associés à la relecture du nouveau livret d'accueil institutionnel. L'accès du patient à son dossier est géré par la direction qualité et les délais de remise des dossiers sont suivis et analysés. L'accessibilité des locaux aux personnes vivant avec un handicap est assurée sur l'ensemble des bâtiments des établissements de Quimper et de Concarneau, avec des améliorations apportées lorsque des travaux de rénovation sont engagés. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Les orientations prioritaires de la politique qualité / sécurité des soins sont fondées sur une analyse des données disponibles, et en particulier des besoins identifiés au niveau du Projet Régional de Santé 2, du bilan des Fiches de Signalement d'événements indésirables et des résultats des enquêtes de satisfaction. L'ensemble des actions identifiées est colligé dans un Programmes d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel défini et piloté par un Comité stratégique de la politique qualité gestion des risques installé en novembre 2022, ayant pour membres entre autres le directeur, le président de la

Commission Médicale d'Établissement (CME), la coordinatrice générale des soins, la directrice qualité et un représentant des usagers. Cette gouvernance favorise la culture sécurité des soins par une déclinaison du PAQSS au niveau des pôles cliniques et des services de manière à promouvoir la culture qualité gestion des risques au plus près des professionnels. Ainsi ces secteurs d'activité sont tenus à titre d'exemple d'organiser des Comités de Retour d'Expérience (CREX) et des Revues des Erreurs liées aux Médicaments et dispositifs Médicaux associés (REMEDI). L'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités est suivie conjointement par la direction des soins et la direction des ressources humaines, en s'appuyant sur des maquettes organisationnelles qui intègrent les congés annuels et l'existence d'un pool de remplacement interne composé d'infirmiers et d'aides-soignants géré par un cadre de santé. Les personnels qui souhaitent prendre un poste d'encadrement suivent une formation initiale de primo manager avant d'exercer une année de faisant fonction et de suivre ensuite le cursus de l'École de Formation des Cadres de Santé (IFCS) du CHU de Brest. Les responsables médicaux des pôles et des services sont également engagés dans un processus de formation animé par un organisme extérieur afin de leur permettre d'acquérir les outils nécessaires à l'exercice de leurs missions et de créer une communauté managériale source d'une dynamique collective et de partage d'expériences. La gouvernance promeut le travail en équipe et la communication entre les professionnels est facilitée. Au sein des unités de soins, le travail en équipe constitue un des fondamentaux de la collaboration des professionnels avec une articulation des temps médicaux et paramédicaux séquencée autour de staffs, permettant ainsi des espaces de partage d'informations et le développement d'une cohésion d'équipe. Au niveau de la gouvernance, le directoire a élargi sa composition en invitant les chefs de pôle ainsi qu'un cadre supérieur de santé, et le bureau de la CME est constitué (réunions bimensuelles). Un Programme d'Amélioration Continue de Travail en équipe (PACTE) a été mis en œuvre de 2014 à 2018 à titre expérimental sous l'égide de la HAS dans les services de médecine interne, maladies infectieuses et maladies du sang. L'établissement vient de nouveau de s'engager dans un PACTE au sein du bloc opératoire ; la formation des professionnels à la démarche a été réalisée. Des entretiens annuels avec les personnels se déroulent avec pour objet l'évaluation des compétences et l'identification des besoins individuels de formation. Au niveau médical, la formation des responsables médicaux à « l'entretien professionnel annuel » a été réalisée dans le cadre de la formation managériale institutionnelle pour une mise en œuvre en 2024. La composition du Comité éthique a été renouvelée après un appel à candidature auquel les représentants des usagers ont été associés et une première réunion s'est tenue le 28 mars 2023 avec ses nouveaux membres. Les personnels sont sensibilisés au questionnement éthique via l'organisation de « Cafés éthiques » sur des thématiques comme « Éthique, moral et droit : quelle différence d'approche des problèmes médicaux (15 décembre 2022) » ou le « Cadre éthique de la recherche en hôpital non universitaire (11 mai 2023) ». La politique Qualité de vie au travail est structurée et pilotée au plan institutionnel. La démarche Qualité de Vie au Travail (QVT) est ancienne au sein de l'établissement et sa structuration depuis mai 2022 s'opère à travers les travaux d'un CoPil QVcT associant représentants du personnel et direction, avec l'appui d'experts. Un baromètre social a été réalisé en juin 2022 auprès de l'ensemble des salariés du CHI de Cornouaille Quimper Concarneau, médicaux et non médicaux, et son exploitation est en cours par le CoPil. De ses conclusions seront confortées certaines orientations et de nouveaux besoins seront identifiés afin de définir les axes de la politique QVT du futur projet d'établissement. Dans le cadre de la prévention des risques professionnels, l'établissement a recours à un préventeur ergonomiste. Une Commission de suivi de l'accidentologie permet à l'établissement, après analyse des événements produisant des effets sur la santé, d'engager des actions de réduction et de maîtrise des risques. Un dispositif d'écoute et de soutien psychologique est activable auprès des psychologues du personnel de l'établissement (effectif de deux mi-temps). Une formation à la gestion des conflits a été dispensée aux cadres (« Un conflit : cela n'arrive pas qu'aux autres »). Une Commission de conciliation interne des praticiens est également en place et constitue de fait un observatoire des conditions de travail des personnels médicaux. Une semaine QVT a été organisée en juin 2022 présentant à l'ensemble des salariés les dispositifs d'accompagnement et de soutien de l'établissement. Des indicateurs relatifs à l'absentéisme des personnels

sont suivis par la direction des ressources humaines différenciant notamment les arrêts liés à la maladie ordinaire de ceux en lien avec un état de grossesse. La signature d'une Charte de l'Égalité professionnelle Femme homme intitulée « Donner des Elles à la santé » est programmée le 31 mai 2023 au niveau de tous les établissements du l'union hospitalière de Cornouaille dont le CHI de Cornouaille Quimper Concarneau. La gestion des tensions et des situations sanitaires exceptionnelles est prise en compte par l'établissement. Le Centre Hospitalier de Cornouaille Quimper Concarneau a actualisé son plan blanc en mai 2023 par rapport aux risques extérieurs auxquels il peut être confronté (essentiellement l'afflux de victimes), et situations de crise pouvant survenir en interne (incendie, défaillances techniques, etc.). Disposant d'une structure d'accueil des urgences et d'un plateau technique médico-chirurgical à Quimper, le Centre Hospitalier est un établissement de 1ère ligne dans le cadre du dispositif ORSAN si l'évènement survient sur le territoire n°2. La cellule de crise peut être opérationnelle dans les 45 mn dans une salle de réunion identifiée au sein du service d'accueil des urgences et le dernier exercice d'activation du plan blanc remonte à 2017. Un retour d'expérience du dispositif de crise lié à la pandémie au CoVid-19 a permis de conforter l'organisation en place. Le Plan de Sécurisation de l'Établissement est rédigé et les personnels connaissent les règles de sécurité en cas de situations critiques (intrusion, etc.). Des agents de sécurité (SSIAP) interviennent rapidement en tant que de besoin (numéro d'appel 2 33 33). Les risques numériques sont pris en compte avec identification en interne d'un Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information (RSSI). Le pilotage de la maîtrise des risques numériques est défini au niveau du GHT UHC et un exercice de « gestion de crise cyber » a été réalisé sur le site de Quimper. Les professionnels sont sensibilisés aux risques numériques et appliquent les préconisations requises en matière de prévention (changement de mot de passe tous les 6 mois à 12 caractères, etc.). Un audit « Développement durable » est en cours de réalisation et trois directeurs se partagent la structuration du plan de maîtrise des risques environnementaux auquel est exposé l'établissement. Le tri sélectif des déchets est effectif et les consommations d'électricité et d'eau sont suivies. La prise en charge de l'urgence vitale est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement [formations AFGSU actualisées, numéro d'appel d'urgence connu des professionnels permettant de localiser le service et le DECT à l'origine de l'appel sur le site de Quimper, le 15 sur le site de Concarneau, chariots d'urgence contrôlés et disponibles à chaque étage des services de soins). Sur le site de Quimper 24 situations de déclenchement du numéro d'appel d'urgence ont été recensées en 2022 avec à chaque fois l'intervention rapide d'un médecin habilité à prendre en charge une urgence vitale. La dynamique d'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins est portée par la gouvernance. L'actualisation des recommandations de bonnes pratiques est réalisée essentiellement au niveau des sous-commissions de la CME (CLIN, CLAN, etc.) et ces dernières sont ensuite diffusées aux professionnels concernés (disponibles sur le logiciel de gestion électronique des documents). Une révision des protocoles est également réalisée à travers certaines commissions ad hoc en place comme le Comité endoscopie. Une veille réglementaire est exercée par les correspondants des vigilances sanitaires identifiés au sein de l'établissement. Le Programme d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) est présenté à la Commission des usagers et son avis est pris en compte pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration, en particulier pour les thématiques relatives au respect des droits des patients. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont présentés aux instances (CME, etc.), connus des professionnels et certains sont déclinés par service comme l'indicateur de consommation des solutions hydroalcooliques. Un audit mensuel est réalisé par « l'infirmière douleur » concernant l'indicateur « traçabilité de l'évaluation de la douleur ». Les événements indésirables associés aux soins font l'objet d'une analyse collective animée par le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins avec l'appui de la cellule qualité (Méthode « ORION »), et production d'un bilan annuel. La situation des lits occupés fait l'objet d'un relevé trois fois par jour par les cadres de santé et les situations éventuelles de tensions hospitalières sont gérées par la direction avec l'appui de la cellule de gestion des flux. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Améliorer l'accueil des mineurs, notamment en chirurgie ambulatoire ; Retravailler les protocoles d'antibioprophylaxie ; Tenir un registre de refus d'admission en service de soins critiques et réaliser

un suivi des ré-hospitalisation à 48/72 heures.

# 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	290020700	CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE	14 AVENUE YVES THEPOT BP 1757 29107 Quimper Cedex FRANCE
Établissement principal	290000025	CENTRE HOSPITALIER DE CORNOUAILLE	14 avenue yves thepot Bp 1757 29107 Quimper FRANCE
Établissement géographique	290025147	RESIDENCE DE LONG SEJOUR TY GLAZIK	1 avenue des sports 29000 Quimper FRANCE
Établissement géographique	290025113	RESIDENCE DE LONG SEJOUR TY CREAC'H	10 rue robert schuman 29107 Quimper FRANCE
Établissement géographique	290017599	CENTRE DE LONG SEJOUR DE L'HOPITAL DE CONCARNEAU	61 route de tregunc 29900 Concarneau FRANCE
Établissement géographique	290029982	ANTENNE SMUR CH DOUARNENEZ	83 rue laennec 29100 Douarnenez FRANCE
Établissement géographique	290005826	CENTRE MOYEN SEJOUR LAENNEC	14 avenue yves thepot 29000 Quimper FRANCE
Établissement géographique	290000066	CENTRE HOSPITALIER CONCARNEAU	61 route de tregunc Le porzou 29900 Concarneau 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	Oui
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)	Oui
Existence de Structure des urgences générales	Oui
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 SMR 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	Oui
Existence d'une solution d'informatisation du circuit du médicament à la PUI	Oui
Existence d'Unité de préparation des médicaments de chimiothérapie anticancéreuse	Oui
SAMU-SMUR	
Existence de SMUR général	Oui
Existence de SMUR pédiatrique	Non
Existence d'Antenne SMUR	Oui
Existence d'un SAMU	Non
Soins critiques	
Présence de service de Réanimation (y compris soins intensifs et surveillance continue)	Oui
Présence de Réanimation enfant (hors néonatalogie)	Non



Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
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	7,257
Nombre de passages aux urgences générales	62,858
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	383
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	113
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	40
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	45
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	18
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	46,118
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	2
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	5
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	24
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	116
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	31
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	94
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	6
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)	17
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 SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
3	Audit système			
4	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
5	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
6	Traceur ciblé			Médicament à risque per os ou injectable / ATB
7	Traceur ciblé			Urgences

8	Traceur ciblé			Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
9	Traceur ciblé			Médicament à risque per os ou injectable / ATB
10	Audit système			
11	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
14	Audit système			
15	Traceur ciblé			Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
16	Traceur ciblé			Précautions complémentaires sans dispositif invasif
17	Traceur ciblé			Transport Couché
18	Traceur ciblé			Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif

19	Traceur ciblé			Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
20	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
21	Traceur ciblé			Chimiothérapie
22	Traceur ciblé			Endoscopie
23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte	

			Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
34	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Médecine	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
38	Traceur ciblé			En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
39	Audit système			
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR	

40			Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine Chirurgie et interventionnel	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
42	Audit système			
43	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	



45	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
46	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p>	
47	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	

49	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
50	Traceur ciblé			Médicament à risque per os ou injectable / ATB
51	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
52	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
53	Traceur ciblé			SAMU SMUR
54	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
	Patient		Tout l'établissement	

55	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
56	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
57	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Enfant et adolescent Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	
58	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
59	Patient traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de handicap Adulte	

			Hospitalisation complète Maternité	
60	Traceur ciblé			Précautions standards avec dispositif invasif et per opératoire
61	Traceur ciblé			Médicament à risque per os ou injectable
62	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
63	Audit système			
64	Audit système			
65	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée Médecine	
66	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète	

			Soins de longue durée	
67	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
68	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
69	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Chirurgie et interventionnel	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR	

70			Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins de longue durée Chirurgie et interventionnel	
71	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine Chirurgie et interventionnel	
72	Traceur ciblé			Per-opératoire (Bloc général hors endoscopie, hors salle de naissance)

---

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

---

