



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD

5 avenue de choiseul
BP 12233
56322 LORIENT



Validé par la HAS en Septembre 2025

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	26
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	27
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	29
Annexe 3. Programme de visite	33

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

GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD	
Adresse	5 avenue de choiseul BP 12233 56322 LORIENT Cedex FRANCE
Département / Région	Morbihan / 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	560005746	GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD	5 avenue de choiseul 56100 LORIENT FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

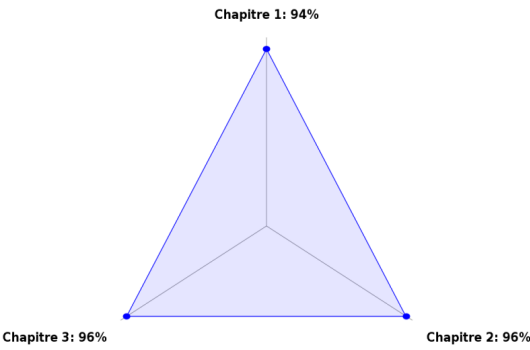
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Psychiatrie et santé mentale
SAMU-SMUR
Soins critiques
Soins de longue durée
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

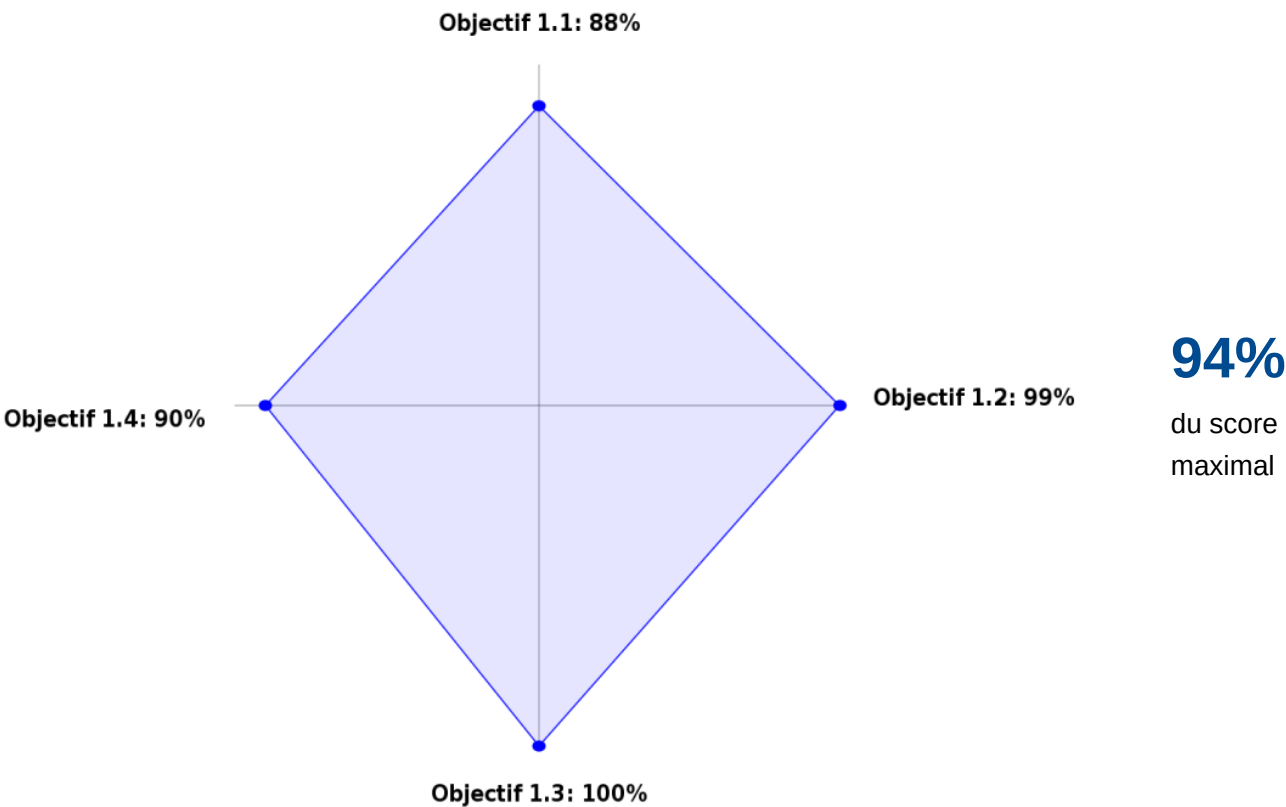
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

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.	88%
1.2	Le patient est respecté.	99%
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	90%

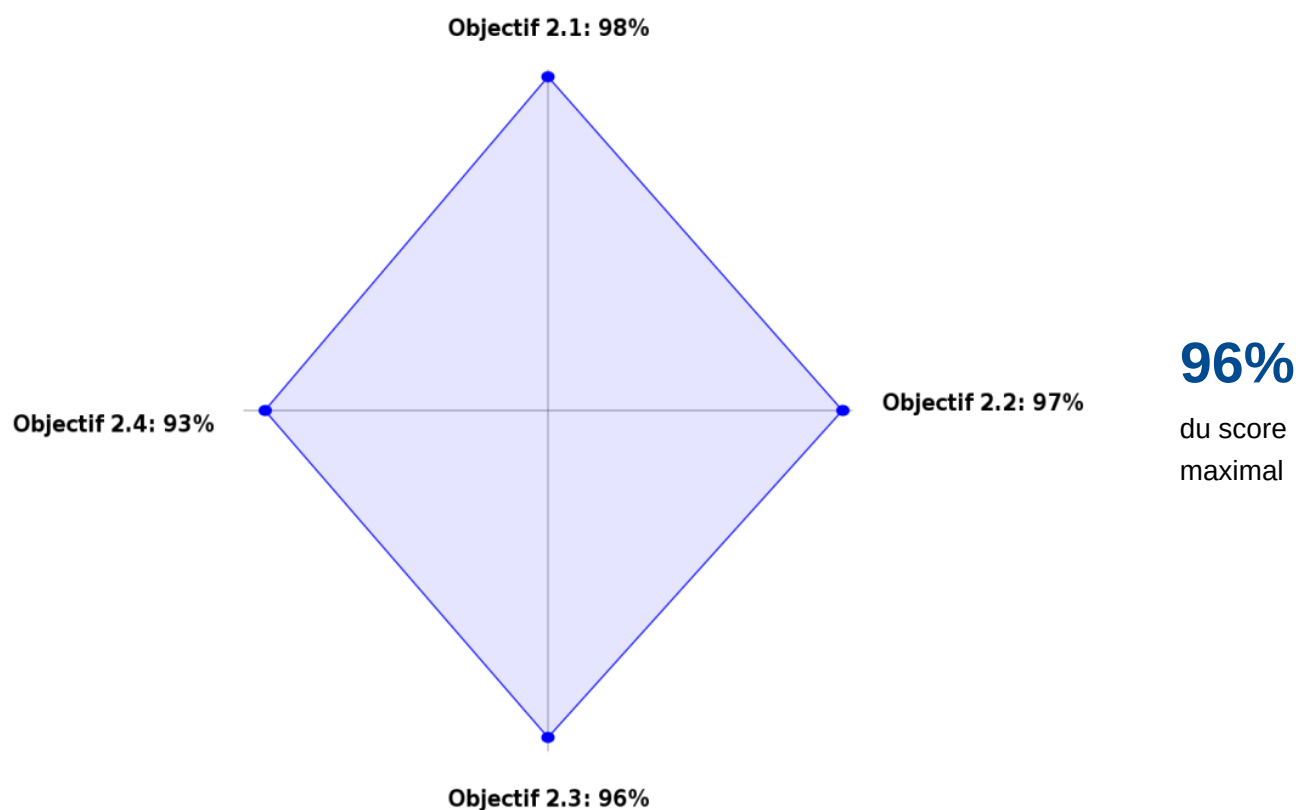
Une attention particulière portée aux informations délivrées aux patients et à leurs proches dans le respect de leurs droits a été mise en évidence lors des diverses rencontres. Les informations concernant les prises en charges sont délivrées et généralement tracées dans le dossier. Elles sont également précisées par l'IDE présente en consultation dans certains parcours (ambulatoire, oncologie). Une liste d'interprètes externes et de professionnels bilingues facilement mobilisables est à disposition des professionnels. Un symbole apposé avec leur accord permet d'identifier les patients ayant un déficit sensoriel. On retrouve un affichage institutionnel pertinent des chartes dans l'ensemble de l'établissement. Dans la recherche de l'alliance thérapeutique, le projet de soins est construit en concertation avec le patient dès l'admission en respectant ses choix y compris pour le patient mineur en association avec ses parents ; la réflexion bénéfices/risques est partagée et tracée

dans le DPI. Les messages de Santé Publique sont dispensés et ciblés (en SMR, démarche pédagogique spécifique « récupération espacée » permettant chez les patients avec troubles cognitifs d'ancrer les messages sur les comportements à adopter concernant la prévention des chutes, diagnostic éducatif réalisé par l'IDE sur les facteurs de risque et les signes d'alerte ; en cardio, affichage sur les facteurs de risque très développé en salon des familles ; en orthopédie, ORL et en psychiatrie, messages et accompagnement de sevrage tabagique en préopératoire ou pour la diminution de consommation tabac et alcool). Dans toutes les prises en soins, des informations sont données par l'équipe concernant l'éducation, les mesures de prévention ou les recommandations. En orthopédie, des affiches et des vitrines dans le couloir pour les hospitalisations continues planifiées exposent les différentes prothèses pour informer les futurs porteurs. On retrouve de nombreuses démarches d'éducation ou de conseils sur l'alimentation, la bonne prise des traitements, ... y compris un atelier « vie affective et sexuelle » permettant aux patients insuffisants respiratoires d'exposer leurs éventuelles difficultés auprès d'une sexologue ainsi qu'une préparation à l'intervention chirurgicale (reconditionnement avant pneumonectomie) organisée par l'équipe en SMR pneumo. Les patients sont vus pendant leur séjour ou revus en atelier après leur sortie. En anesthésie, si risque potentiel, les explications sont données au patient du besoin d'avis complémentaire; pour les enfants en chirurgie pédiatrique, des fiches d'informations adaptées sur les interventions courantes sont disponibles. Les patients sont tous acteurs de leur prise en charge. En maternité, l'entretien prénatal permet l'évaluation des vulnérabilités (staff social avec les acteurs de la ville, RCP psychiatrique périnatalité), le repérage des situations à risques (addictions) et l'anticipation du projet de naissance élaboré avec les futurs parents. Un retour sur le vécu de l'accouchement et une visite postnatale précoce sont proposés si besoin en lien avec le Centre Périnatal de Proximité. La personne de confiance et la personne à prévenir sont identifiées et sollicitées à propos mais leur traçabilité n'est pas retrouvée exhaustivement dans tous les dossiers. Les modalités de sortie sont organisées et expliquées au patient dès la consultation surtout pour les ordonnances afin que les patients puissent anticiper l'achat des antalgiques mais également lors de l'entrée par le relevé systématique des conditions de vie. Les Dispositifs Médicaux Implantés lui sont signalés, les explications nécessaires au suivi (carte d'implant) lui sont fournies et les caractéristiques du DMI sont tracées dans le Dossier Patient Informatisé. En cas de transfusion, les informations sont données concernant les produits administrés et son accord est tracé. Les informations spécifiques au parcours ambulatoire sont transmises en amont et en aval de la prise en charge et on retrouve les éléments dans un passeport qui lui est remis. Concernant les directives anticipées, leur recherche est systématisée récemment dans l'établissement mais c'est désormais efficient grâce à un document que le patient remplit et signe ; il n'est pas retrouvé systématiquement dans le DPI. En fin de vie, le patient a la possibilité d'exprimer sa volonté d'accès aux soins palliatifs, ses choix sont intégrés dans le projet de soins. Les coordonnées des représentants des usagers sont disponibles dans les halls d'accueil (kakemono) à l'entrée des services (flyers, affichage), dans les chambres des patients et dans le livret d'accueil. Cependant peu d'usagers intègrent ces éléments et savent comment contacter les Représentants des Usagers, formuler une plainte, signaler un événement indésirable, les modalités d'accès au dossier médical partagé de Mon Espace Santé ou à une messagerie sécurisée. Les associations de patients et de bénévoles sont présentes et associées selon les parcours. L'expérience du patient quant à sa maladie ou sa prise en charge n'est pas généralisée actuellement dans l'établissement hormis dans certains secteurs (démarche de debriefing avec le patient sur son expérience lors de la remise du questionnaire de sortie en médecine polyvalente, groupe de parole « papas » mensuel animé par un maïeuticien, recueil de l'expérience patient pendant les ateliers d'éducation thérapeutique en cardiologie, démarche de recueil de PREMS et de PROMS en télé suivi par l'Infirmier en Pratiques Avancées). La plupart des patients connaissent le questionnaire de satisfaction (papier ou e-Satis). La majorité des patients considère que les conditions d'accueil et les pratiques garantissent le respect de leur intimité et de leur dignité. Dans les locaux plus anciens ayant des projets architecturaux validés, l'organisation actuelle permet à chaque patient l'accès aux douches partagées, de nombreux paravents mobiles ou fixes sont positionnés. Les jeunes patients pris en charge bénéficient d'un circuit adapté et différencié (transport en voiturettes ou trotteurs), d'un environnement ludique (salles de jeux, effets visuels, Radio « Grain de sel ») y compris en Salle de

Surveillance Post Interventionnelle (mise en place en collaboration avec des associations et des partenaires) de professionnels formés à leurs spécificités (immersion des IDE de chirurgie en pédiatrie, recrutement de puéricultrices Infirmières d'Accueil et d'Orientation et en chirurgie, convention de formation avec le CHU de Rennes 3 jours / mois pour les Médecins Anesthésistes Réanimateurs et Infirmiers Anesthésistes Diplômés d'Etat en pédiatrie, e-learning), de plages de radiologie identifiées. Les autorisations de prise en charge de mineurs sont présentes dans le dossier. Des moyens adaptés sont proposés : échelles de douleur, addictologie disponible pour les adolescents, simulation des prises en soins, évaluation avant hospitalisation pour les enfants atteints de Troubles du Spectre Autistique, préoccupation du bien être avec hypnose et casque virtuel... L'autonomie physique, psychologique et sociale des personnes porteuses d'un handicap ou âgées est préservée (mise à disposition de « grosses » sonnettes, chambres adaptées, appel à HandiAccess et/ou à un ergothérapeute pour la définition des conduites à tenir et de l'accompagnement nécessaire en collaboration avec les aidants, présence d'un médecin généraliste et consultations d'anesthésie gériatrique conjointes avec un gériatre). Une salle de consultation au RDC de l'hôpital est accessible pour l'accueil des femmes PMR en gynécologie-obstétrique. Les équipes ont le souci de préserver la confidentialité des données (les écrans sont verrouillés, on retrouve généralement la traçabilité dans le DPI du souhait du patient de maintenir la porte ouverte sauf en gériatrie). La motivation ayant conduit au recours à la contention physique est argumentée et tient compte des éventuels échecs des mesures alternatives antérieures et de l'évaluation bénéfice/risque. Le consentement du patient est recherché, la famille informée et des bracelets anti errance mis en place pour les patients avec des troubles cognitifs. En cas d'agitation, un numéro unique localisé aux urgences alerte plusieurs personnes dont le psychiatre. Pour le bloc opératoire, il existe une procédure pour tous les patients en SSPI qui vaut pour prescription. Les comportements observés montrent une grande bienveillance, une réponse rapide aux sollicitations et une recherche de l'implication du patient même en situation de tension. Une grande attention est portée à l'évaluation et au soulagement de la douleur avec de multiples échelles adaptées (EVENDOL, FLACC modifiée pour le handicap), y compris par des moyens techniques (coussins d'assise adaptés) et avant/après les séances de kiné (SMR pneumo). La prise en charge de la douleur est tracée dans le dossier. Les prescriptions « si besoin » sont retrouvées avec un seuil. Un audit institutionnel douleur est réalisé tous les 4 mois par les référents douleur dans certains services ciblés. L'implication des proches et des aidants est recherchée avec l'accord du patient, ils participent aux ateliers d'éducation thérapeutique, les horaires de visite sont adaptés, de nombreux salons d'accueil ou studios sont mis à disposition, l'UNAFAM est sollicitée. Aux urgences, des badges de couleur sont donnés aux accompagnants pour les identifier. Pour le jeune mineur en parcours chirurgical, un accompagnement adapté favorisant l'entière présence des parents est mis en place jusqu'à la porte du bloc puis en salle de réveil. L'ensemble des patients de l'établissement bénéficie d'une prise en charge globale socio-environnementale. Les difficultés pour les patients en situation de précarité sont identifiées, avec mobilisation si besoin de lits « Halte Santé » pour permettre le traitement, du recours à la cellule Parcours Complexes de l'établissement. Des assistantes sociales sont présentes et disponibles lorsque c'est nécessaire. En SMR et USLD, elles participent aux staffs hebdomadaires permettant une bonne connaissance des besoins et au staff médicosocial avec les partenaires du secteur. Un HDJ « vulnérabilité » est proposé une fois par mois, facilitant la venue d'autres professionnels (psychiatres...). Le projet de soins du patient porteur de handicap est élaboré en tenant compte de ses préférences et besoins ; la socialisation éducative et scolaire des patients mineurs est organisée. Dans le respect d'une philosophie USLD = lieu de vie, les usagers bénéficient de nombreuses activités affichées dans chacune des chambres et dans les locaux collectifs, des animations et la possibilité d'organiser des fêtes en famille (anniversaire...) sont proposées, un Conseil de Vie Sociale avec des représentants des résidents est actif. Pour les patients atteints de troubles psychiatriques, une salle est souvent dédiée à l'accueil des familles, les horaires sont possiblement adaptables, un hôpital de jour avec des activités et jeux est mis en place. Les patients sont accompagnés dans les relais de prise en charge avec les associations du territoire et les autres structures (SAVS, CPP, Service social de secteur). Les équipes peuvent les adresser sur les groupes proposés par l'HDS rehab (remédiation cognitive, psychoéducation). Cependant, il y a peu d'activité ou de groupes, la salle de sport proposée est

ouverte à heures fixes, on ne retrouve pas de document listant les propositions et depuis le départ du médecin psychiatre sur l'HDJ, il n'y a plus de rédaction de projet personnalisé, il n'a pas été mis en évidence de démarche structurée permettant l'inclusion sociale des patients. Les conditions de vie habituelles des usagers sont questionnées sur la base d'une concertation pluridisciplinaire (fiche d'information entrée / sortie, plan d'aide à domicile) pour évaluer les potentialités de sortie. Une prise de contact en amont est effectuée avec les professionnels libéraux si existants, la recherche de professionnels si non existants (quitte à retarder un peu la sortie), parfois le nettoyage ou le réaménagement du logement du patient est organisé pour permettre son retour à domicile.

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	98%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	93%

A l'occasion des patients traceurs et des parcours traceurs, il a été constaté une coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire des équipes effective dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins ainsi que dans sa réévaluation (implication majeure dans le parcours Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie, coordination dès les urgences). Au décours de la prise en charge SMUR, les filières identifiées sont mises en œuvre et connues. Aux urgences, une réunion pluriprofessionnelle quotidienne permet de coordonner les prises en charge en s'appuyant sur des protocoles et recommandations. Les demandes d'admission en SMR font l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle. La pertinence du maintien des prises en charge est régulièrement remise en question (admission pour 6 semaines) concernant les modalités, les prescriptions ou le suivi des parcours. L'orientation en Hospitalisation A Domicile est envisagée et donne lieu à

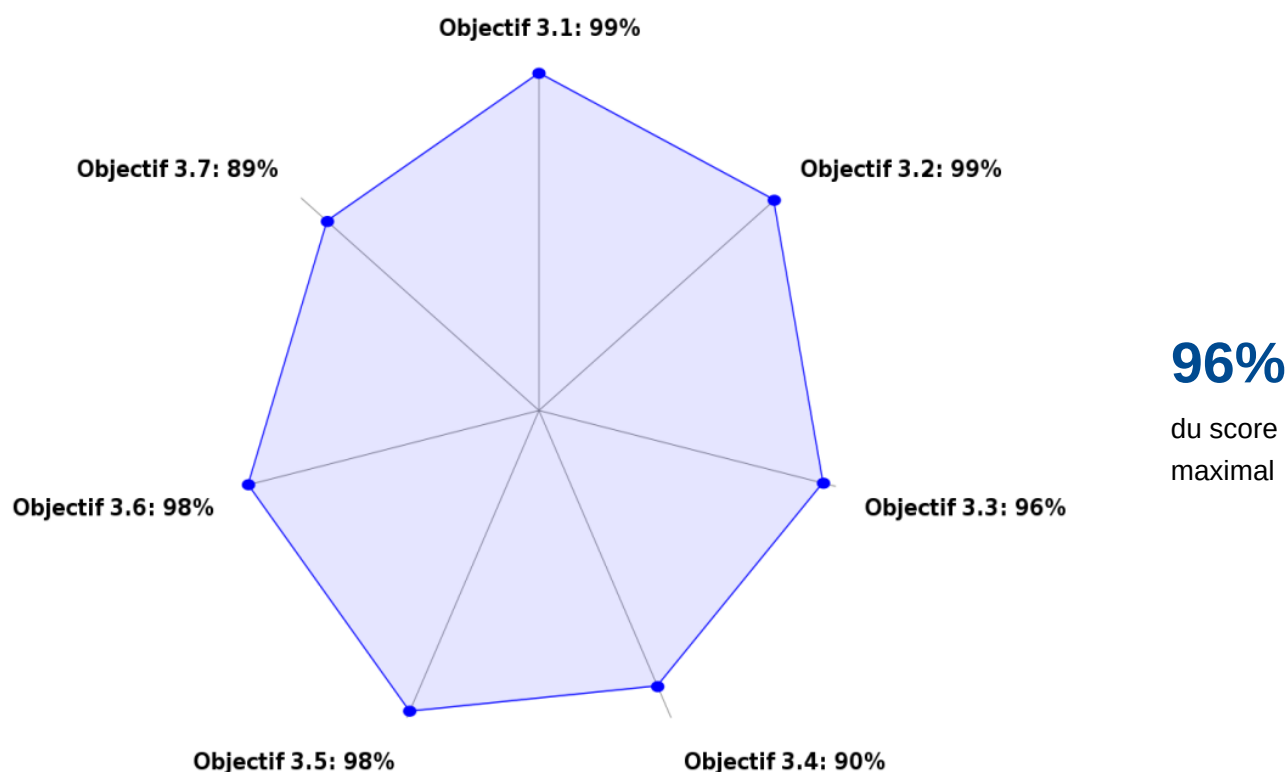
une analyse de suivi des motifs de refus d'admissions. La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée ; le retrait des effets personnels est indiqué sur l'inventaire, expliqué au patient avec signature. Les prescriptions d'antibiotiques sont argumentées et tracées; la réévaluation à 48/72h est effective dans la majorité des dossiers. Cependant l'alerte informatisée de réévaluation n'est pas bloquante et il n'a pas été retrouvé d'indicateurs de suivis ou d'audit formalisés. La formation aux antibiotiques des internes est effectuée sur la mise à disposition de l'ouvrage numérisé ePOPI mais il n'a pas été proposé de formation à l'ensemble des médecins praticiens ; un quizz a été proposé aux prescripteurs avec un taux de retour faible, 3 infectiologues sont à disposition et organisent des staffs médicaux autour des thématiques "antibiotiques et infections". Le processus transfusionnel est maîtrisé. La formation des personnels est assurée et suivie. L'analyse bénéfice/risque est effectuée pour chaque acte de transfusion. Le taux de destruction (1 %) est connu. Les services SMUR du GHBS sont sollicités par les SAMU des deux départements (29 et 56) mais également par l'urgence vitale en interne dans les étages. Le dossier du SMUR est dûment rempli et complet dans les informations nécessaires (administratives, horaires appel départ et arrivée, destination, fin de médicalisation, noms des intervenants, mode de transports, antécédents, traitements, anamnèse, examen clinique puis surveillance), transmis aux équipes des urgences et archivé dans le DPI. Les locaux du SMUR sont à proximité des urgences, ce qui permet une organisation couplée, l'équipe étant postée aux urgences sur les circuits courts (ambulatoire, trauma) en attendant les appels. Un cahier de suivi des interventions permet de repérer les situations singulières et de proposer des plans d'actions à leurs décours: débriefings... Une supervision d'équipe est organisée 3 fois par an. Des indicateurs sont suivis (nombre de sorties, nombre de débriefings). La majorité des IDE est formée IAO, le tri aux urgences se fait automatiquement via le logiciel qui applique une échelle validée. Les médecins de spécialité sont très facilement joignables. La disponibilité des lits se fait en temps réel, par un bed manager en journée, et par le cadre la nuit et le weekend. Une filière d'admission directe est effective en cardiologie. Un écran d'information communique les délais de prise en charge en salle d'attente. Les urgences pédiatriques sont organisées dans un circuit dédié. Les équipes ont accès au DPI ou au dossier antérieur si non informatisé. L'accès au dossier médical de Mon Espace Santé (DMP) par les équipes médicales n'est pas coutumier. Le dossier du patient est facilement accessible à l'ensemble des professionnels ayant en charge le patient. Le DPI est ergonomique et une formation des personnels arrivants est effective. Il existe encore un dossier papier dans certains services (réanimation où le déploiement d'un logiciel dédié au service est planifié fin 2025); tous les documents trouvés dans ce dossier papier sont bien identifiés. Un Quick-audit dossier (analyse de remplissage de tous les items du dossier informatique : identité, addictions, suivi douleur...) est organisé tous les trimestres dans certains secteurs avec mobilisation de tous les professionnels. Les nouveaux arrivants professionnels sont systématiquement accompagnés pour l'utilisation du logiciel "Sillage". Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient autour du projet de soin partagé et validé par celui-ci lors des staffs multidisciplinaires hebdomadaires et des concertations quotidiennes sur leurs évolutions. Des parcours très structurés sont mis en œuvre (bariatrique) avec de nombreux documents d'informations disponibles. Les équipes peuvent solliciter des dispositifs type SMR (rattaché au GHBS) ou HAD (par convention). De nombreux professionnels supports interviennent : ergothérapeute, diététicienne, enseignant en Activité Physique Adaptée, psychomotricienne, neuropsychologue, socio-esthéticienne, pédicure, orthophoniste. Plusieurs infirmières sont référentes de processus (cicatrisation, douleurs...) ou formées à l'ETP (proposition d'atelier de psychoéducation), à l'hypnose et à l'aromathérapie, (alternatives aux traitements médicamenteux de la douleur). Des équipes mobiles sont disponibles (soins palliatifs, addictologie, tabac, gériatrie, suicide et petite enfance...). Le recours à la télé expertise Omnidoc est organisé pour la dermatologie et la neurologie. A ce jour, il n'y a pas de formalisation de la politique de priorisation de secteurs ou patients à risques pour la conciliation, seuls quelques patients en ont bénéficié en médecine. Lorsqu'un patient est hébergé dans une autre unité, l'ensemble du processus est maîtrisé : la responsabilité médicale repose sur le médecin spécialiste dont le patient relève avec « alerte » de celui-ci par messagerie. Les équipes disposent des accès directs à des correspondants internes ou externes en lien avec les CHU (consultation gériatrie, cardiologie ou dentaire) ou experts (somaticien généraliste en

orthopédie, consultation pour les troubles du comportement, consultation post-AVC pluri professionnelle systématisée). Pour la programmation opératoire, il existe une salle dédiée pour les urgences. Tous les acteurs se coordonnent pour une utilisation optimale des ressources du bloc. Les équipes des secteurs interventionnels transmettent les informations nécessaires pour la sécurisation des prises en charge. Lors d'un transfert entre unité de SI et service « standard » la transmission entre les équipes tant médicales que paramédicales est effective (téléphone, document dans le DPI ou papier délivrés en temps et en heure. Au bloc opératoire, la check-list est faite selon les recommandations de la HAS avec toute l'équipe. Une analyse a posteriori des GO/ NO GO est régulièrement réalisée (1x/an) et un plan d'action mené si nécessaire. Les équipes se coordonnent pour assurer la continuité des prises en charges en transition adolescent-adulte notamment en pédopsychiatrie. Le carnet de santé de l'enfant est utilisé comme support d'informations lors des prises en charge pédiatriques. Les patients hospitalisés en psychiatrie bénéficient d'un examen somatique précoce et d'un suivi (surveillance tensionnelle réalisée sur l'HDJ). En santé mentale, la coordination territoriale est efficiente, le CMP est repéré comme porte d'entrée en soins et les équipes assurent une présence aux urgences pour les évaluations psychiatriques du lundi au dimanche et jours fériés. Un plan de prévention partagé est élaboré avec le patient afin de prévenir le passage à l'acte, un espace d'apaisement est proposé pour favoriser la « désescalade » ainsi que différents médiateurs (massages, shiatsu, médiation psychocorporelle...). La rédaction d'un plan de protection est systématiquement proposée dans les contextes particuliers (suicidant) en lien avec le dispositif Vigilans et l'UNAFAM de Bretagne. La prise en charge en situation palliative est prévue et bien connue des équipes. Le groupe de travail « fin de vie » institutionnel se réunit semestriellement. La lettre de liaison à la sortie est réalisée et communiquée dans les temps. Les ordonnances de sortie et les relais avec les équipes de ville (appels+ écrits) sont anticipés cependant le bilan thérapeutique n'est pas systématiquement repris. L'identité des patients est recueillie et tracée dès l'arrivée, un bracelet d'identification est apposé et vérifié. En USLD, le choix a été fait de ne pas apposer le bracelet systématiquement mais uniquement pour les patients à risque de fugues ou en saisonnalité lorsque le secteur fait appel à des soignants vacataires ; en dialyse, une photographie du patient est jointe au dossier. Tous les documents papiers persistants sont identifiés. Les soignants sont formés à l'identitovigilance mais la déclinaison de la procédure opérationnelle et le contact de la cellule identitovigilance ne sont pas uniformément connus. Les vigilances sanitaires sont organisées, efficaces. Les informations ascendantes et descendantes sont relayées par les soignants référents dans les services qui sont formés par des journées dédiées (identitovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, hémovigilance). On retrouve un affichage dans les services. La dispensation des médicaments est sécurisée, les préparateurs en pharmacie distribuent les thérapeutiques hebdomadairement en fonction des dotations revues et des besoins en temps utile, la gestion des pénuries est anticipée. Cependant, les prescriptions ne sont pas entièrement informatisées notamment en réanimation où ont été retrouvées lors de la visite des prescriptions manuscrites ne comportant pas l'ensemble des éléments attendus (heure, durée du traitement, DCI, voie d'administration, unité) ; l'utilisation d'un logiciel spécifique réanimation est prévue pour le second semestre 2025. Les pharmaciens réalisent l'analyse pharmaceutique sans intégrer actuellement les informations du Dossier Pharmaceutique. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre. Le médicament injectable est généralement identifié de la préparation à l'administration avec des étiquettes ; dans les secteurs à risque comme la néonatalogie, une double vérification des dilutions et dosages est systématiquement effectuée. Un accompagnement spécifique a été mené : diffusion de la règle des 5B, chambre des erreurs, mise à disposition de classeurs pharmacie, audit pharmacie du circuit du médicament, mise en place de référents par service avec 3 réunions annuelles, 1 IDE est formée à l'ETP observance. Un état des lieux des produits médicamenteux à risques a été réalisé pour chaque secteur de l'établissement. Les MHR sont connus et identifiés comme tels dans les armoires à médicaments et dans le logiciel. Le transport des médicaments est sécurisé. Les règles de stockage sont majoritairement suivies hormis concernant les médicaments thermosensibles pour lesquels il n'est pas systématiquement retrouvé de traçabilité de la température des réfrigérateurs qui ne sont pas tous dotés de reports d'alarmes ou d'enregistrement. De plus, lors d'un relevé de température inadapté, les professionnels ne mettent pas systématiquement en œuvre les

mesures correctives imposées par l'établissement. On retrouve également dans certains réfrigérateurs des packs à glacer et des glaces alimentaires (réanimation et USMP). Le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable est irrégulièrement identifié (informations données au patient). Le bilan thérapeutique n'apparaît pas systématiquement dans la lettre de liaison. Un médecin hémovigilant est présent sur le site, il réalise des séquences d'informations et de sensibilisation dans les pôles et lors de soirées dédiées (club hémovigilant scientifique). Le relai est assuré par des référents (3 réunions annuelles avec ateliers, mise à jour et harmonisation des procédures, réflexion autour de cas concrets). Une évaluation de la pertinence des prescriptions de PSL a été menée fin 2024 avec un plan d'actions comportant des mesures correctives avec des indicateurs de suivi. Le process transfusionnel est maîtrisé avec des procédures à toutes les étapes intégrant l'information du patient et la connaissance des conduites à tenir face aux complications. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont intégrées par les professionnels. L'IDE hygiéniste avec les correspondants hygiène font circuler « la boîte à coucou » et réalisent des audits sur les pratiques d'hygiène des mains et l'utilisation des Solutions Hydro Alcooliques. Il persiste néanmoins quelques professionnels qui portent des bijoux aux poignets et/ou alliances. L'équipe assure la mise en place des précautions complémentaires des patients, médicalement prescrites avec la collaboration du laboratoire, en lien avec l'équipe hygiène via SIRWEB (alerte automatisée et évaluation sur site de la mise en place des précautions avec apport de réponses si questionnement de l'équipe). Dans le cas d'une infection associée aux soins, les précautions mises en place sont expliquées au patient et à ses proches et tracées dans le dossier. Des containers « Objets Piquants Coupants Tranchants » sont à disposition mais leur limite ou date de remplissage ne sont pas toujours respectées. Les équipes évaluent leurs pratiques en participant aux audits réalisés par l'équipe opérationnelle d'hygiène ou les référents. Un staff biologiste / infectiologue / chirurgien et urgentiste est mis en œuvre pour assurer le suivi de l'antibiothérapie. Un rappel sur le logiciel de prescription incite à la réévaluation à 72 h de l'antibiothérapie. La prescription de l'antibioprophylaxie est réalisée par l'anesthésiste en per opératoire dans le logiciel qui s'incrémente dans sillage avec un horodatage permettant d'acter les protocoles qui sont adaptés selon les actes chirurgicaux et interventionnel selon les recommandations de bonnes pratiques. L'ensemble des temps peropératoire est retrouvé dans la check-list. Pour éviter les ruptures, le parc des endoscopes est en location. La traçabilité des utilisations est effectuée de façon manuscrite. Les maintenances se font en lien avec le biomédical. La formation des professionnels est assurée en interne ou par le fournisseur par simulation et « formations-actions ». L'acquisition des compétences est suivie sur la base d'un guide et de fiches pédagogiques. Un protocole « cathéter 7 jours max » avec une alerte dans le DPI permet le suivi des poses, la date de pose est tracée. La date de pose des sondages vésicaux est tracée dans le DPI. La propreté de l'ensemble des locaux est à noter ; le prestataire externe du bionettoyage est formé et audité. L'équipe de nettoyage interne participe aux transmissions le matin et connaît ainsi les précautions à prendre concernant les patients. Lors de la programmation d'une intervention chirurgicale, l'équipe remet au patient un document dans lequel se trouvent les recommandations pour la préparation corporelle pré opératoire. A l'admission, l'équipe s'assure de la réalisation de cette préparation et la trace dans la fiche de liaison. Au bloc opératoire, les équipes appliquent les protocoles de préparation cutanée en vigueur et respectent les comportements et tenues vestimentaires attendus. L'équipe soignante effectue le recueil des facteurs de risque du syndrome de dépendance iatrogène et ses causes cependant il n'a pas été mis en évidence de plan d'action ciblé de prévention ou de traitement précoce. La vaccination est promue et proposée au sein des services. Une analyse des freins est mise en œuvre avec des actions en regard. La gestion des récurrences d'épisodes de violence est organisée avec un plan de prévention partagé avec le patient. L'utilisation des rayonnements ionisants se fait dans des conditions conformes aux attendus (formation, port des EPI, information du patient, traçabilité des doses reçues). La gestion du risque d'Hémorragie du Post-Partum Immédiat est effective. Le chariot HPPI est connu, utilisé et sa maintenance est assurée par les sages-femmes. La procédure HPPI est affichée, actualisée et utilisée par les professionnels des salles de naissances. Le DPI permet la traçabilité exhaustive des modalités de délivrance, de l'injection d'ocytocine et de la conclusion de l'examen du placenta. En chirurgie ambulatoire, les règles de bonnes pratiques sont respectées avec un score

de sortie identifié et la remise d'un passeport avec les explications opportunes aux patients. Les transports en interne sont réalisés dans les bonnes conditions. Les équipes disposent d'un logiciel pour la gestion des transports, y compris extérieurs, dont ils sont satisfaits. Les équipes mènent des démarches d'évaluation des potentiels d'amélioration des résultats cliniques de leurs patients. Les équipes paramédicales suivent les résultats des audits « hygiène des mains » et un groupe de travail "perfusion" pour les valves bidirectionnelles est organisé. La politique d'amélioration de la qualité est peu connue des équipes rencontrées ainsi que les plans d'action mis en place, malgré l'existence d'un plan d'action pour chaque service de l'établissement, affiché sur le tableau "La Qualité dans mon service" depuis novembre 2024 avec la politique institutionnelle et malgré l'utilisation de ce tableau par l'encadrement de certains services pour travailler avec les professionnels sur les actions en lien avec les démarches QGR (réunions d'informations). Le recueil de la satisfaction est organisé trimestriellement sur support papier (10 967 questionnaires internes réceptionnés en 2024 soit 13% de taux de retour et exploités via le logiciel sphinx par la direction qualité (questions et verbatims) avec les services. Cependant il y a peu de retour exploitables et ceux-ci ne donnent pas lieu à mise en place de plan d'actions hormis quelques situations spécifiques (appel systématique la veille avec rappel de consignes pour le patient en J0, recueil de l'expérience patient lors de l'appel du lendemain en ambulatoire). Les Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins, bien qu'affichés dans les services, ne génèrent pas toujours de plans d'action en dehors de l'audit sur l'utilisation des gants. Les événements indésirables y compris les presque accidents sont déclarés y compris à l'ARS si nécessaire. Leurs analyses sont faites systématiquement par la qualité et s'appuient sur une méthode type ALARM ou ORION en maternité. L'encadrement suit les EI avec retour d'expérience mais il n'y a pas de dynamique régulière d'analyse des EI en équipe. Un projet de Comité de Retour d'EXpérience est programmé pour le service de médecine gériatrique pour fin 2025. Pour 2024, 1 REMED a été organisée avec des actions correctives réalisées. L'accréditation des équipes médicales est connue. En réanimation et en soins intensifs, s'il existe bien un registre des refus qui est exploité, il n'existait pas lors de notre passage, de registre des ré hospitalisations à 48/72h. Au bloc opératoire, il a été retrouvé une analyse des modalités de la réalisation de la check-list. L'analyse du GO/NOGO est elle aussi faite et exploitée. Les délais de rendu des examens sont suivis et partagés si besoin entre équipes du laboratoire et services cliniques concernés et font l'objet d'actions d'amélioration. Le lien entre le laboratoire d'analyse médicale et le service est effectif et permet de remonter les écarts dans les prélèvements. Il n'existe, par contre, pas de listing régulier édité par le Laboratoire d'Analyses Médicales permettant une analyse complète des écarts, ceux-ci étant fait « au fil de l'eau ». Pour les examens radiologiques, de façon identique au LAM, les échanges se font « au fil de l'eau ». Il existe une bonne coordination entre équipe de soins et équipe de l'imagerie (possibilité bien organisée d'une relecture d'imagerie (avis CREBEN), partenariat avec les CHU de Bretagne pour demande d'avis sur des examens d'imagerie douteux par exemple) facilitée par un logiciel commun. Les activités de prélèvement d'organes sont organisées. Les informations sont disponibles et le recensement des donneurs facilité par le serveur commun et le staff bi hebdomadaire de réanimation. L'évaluation de l'activité est réalisée sur la base des indicateurs Cristal Action et des débriefings systématiques.

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	99%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	96%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	90%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	98%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	89%

Le Groupe Hospitalier Bretagne Sud a défini ses orientations stratégiques dans une dynamique de territoire inscrite dans le projet d'établissement. Le Registre Opérationnel des Ressources est effectif et alimenté toutes les 30 minutes. Plusieurs conventions sont formalisées avec les partenaires du territoire (CHU BREST et RENNES, 6 CPTS et instituts médico-sociaux, dans le GHT). L'établissement a mis en œuvre une politique «

d'aller vers » en organisant des rencontres « ville-hôpital » sur la base de « clubs médicaux » ouverts aux médecins libéraux, plus de 20 consultations avancées sont mises en œuvre. On retrouve de nombreuses équipes mobiles (gériatrique, IDE hygiénistes y compris dans les EHPAD, équipe mobile addictologie qui va dans les communes...). Des démarches multiples de promotions en santé territoriales et de promotion d'éducation sont engagées ; des journées thématiques sont proposées (Mars bleu, ciné débat Dons d'organes...). Une Permanence d'Accès aux Soins de Santé est ouverte y compris en odontologie et la structure « SOS médecin » est présente au sein des urgences du CH. La coordination des parcours est effective en lien avec plusieurs réseaux en appui (Santé périnatalité, Soins palliatifs, HAD, FMIH, SMR). Une cellule « parcours patient » institutionnelle permet la gestion anticipée des flux patients en lien avec un guichet d'admission médico-social pour les patients « Bed-blockers ». La télé expertise est mise en œuvre pour les avis en dermatologie, endocrinologie, hépato-gastro-entérologie, hématologie..., 2 programmes d'ETP territoriaux sont proposés concernant l'addictologie et l'oncologie. Le délai de délivrance de la lettre de liaison est suivi, un plan d'actions est élaboré et communiqué aux instances (COSTRAT, CME), une normalisation des courriers de sortie est en cours dans l'ensemble des services (délais et contenus). L'établissement est actif dans l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale en lien avec les départements voisins, avec l'EPSM CAUDAN (interfaces pédiatrie / pédopsychiatrie), avec les CPTS. Des conventions sont formalisées et permettent de proposer une offre de soins adaptée aux besoins (consultations pour jeunes adultes, espace apaisement, temps somaticien en hospitalisation, formations en collaboration, convention avec l'éducation nationale, projet d'équipe mobile géronto-psychiatrie...). Les parcours de santé mentale sont identifiés néanmoins, malgré la communication établie, le PTSM et les actions à entreprendre ne sont pas connus de l'ensemble des professionnels rencontrés. Des courriers de liaison tous les trimestres environ permettent d'informer le médecin traitant de l'état de santé du patient suivi en psychiatrie. Des filières spécialisées connues de prise en charge des urgences sont effectives dans les unités de soins intensifs du GHBS. Une permanence cadre et administrateur de garde assure la remontée des informations affectant la sécurisation des prises en charge, le suivi des lits occupés par les patients admis en urgence est travaillé en lien avec la cellule de gestion des lits. Un circuit court est efficient pour la prise en charge des personnes âgées (admission directe en médecine et SMR, adressage par le médecin traitant, équipe mobile gériatrie intervenant aux urgences, astreinte IDE de nuit sur l'HAD, télé expertise via Omnidoc, dossier de liaison des urgences partagé). Des indicateurs sont suivis (nombre de patients âgés de plus de 75 ans aux urgences, nombre d'hébergements hors service et demandes de la ville). Une IDE de flux (cellule parcours) gère les entrées et sorties en CSG. Les épisodes de tensions saisonnières sont anticipés par la mise à disposition de ressources supplémentaires (matérielles/ lits en tension ou humaines / renfort soignant et coopération médicale). Les modalités de communication mises en place par l'établissement envers la ville ou les usagers (Nuage, Rapido) leur permettent d'avoir l'ensemble des informations demandées : accès téléphonique, mail, site internet, annuaire interne, livret d'accueil et affichage, prise de RDV en ligne sur Doctolib. Des plaquettes comportant les contacts directs sont systématiquement remis aux patients en post-hospitalisation, on les retrouve également sur les en-tête des courriers et sur les vidéos diffusées en cardiologie). L'Unité de Recherche Clinique très active permet l'inclusion de nombreux patients dans des travaux de recherche et d'évaluation. Les professionnels paramédicaux (4 Infirmiers en Pratiques Avancées) et médicaux (en collaboration avec l'université et la faculté) sont également investis. L'établissement soutient la participation des patients au dispositif e-Satis (flyer de sensibilisation, affichages multiples, inclusion dans les contrats de Pôle) avec un taux de retour supérieur aux moyennes nationales pour le MCO et le SMR. 17 questionnaires de satisfaction internes spécifiques sont déployés, les résultats rendus sont communiqués aux soignants et aux représentants des usagers trimestriellement. Des actions d'améliorations sont mises en place en regard (tisanerie en maternité, accompagnants aux urgences...). Les initiatives de partenariat avec le patient sont promues telles que leur participation aux programmes ETP (17 patients formés), le recueil de l'expérience patient en maternité (10 couples interrogés), la participation des RU aux patients traceurs, l'association de patients au projet de reconstruction de l'espace et dans chaque focus groupe associé, le tutorat mis en place dans le parcours

obésité... Une politique de communication envers les patients et entre les professionnels est initiée, des binômes RU et bénévoles ont mené des actions de sensibilisation dans les services, des formations continues en e-learning et des films prônant le partenariat avec le patient sont proposées. Les plaintes et réclamations des patients sont analysées et communiquées aux instances. Le recours à une médiation paramédicale ou médicale en présence d'un RU à la demande du requérant est organisé. Les professionnels sont identifiables par catégorie professionnelle avec un badge ou une tenue de couleur différente. La culture de la bientraitance est active dans l'établissement. On retrouve une politique déclinée dans une charte avec des procédures de repérages et de signalement. Les risques impactant la bientraitance sont évalués et ont donné lieu à des actions préventives (protocoles de remplacement RH, programmes architecturaux et d'aménagements des locaux, formations, journée de sensibilisation aux violences faites aux femmes, mobilisation des associations, Comité Pilotage Bientraitance). L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap (dispositif Handi'Accès 56, participation au programme Handicap Innovation Territoire, coordination des parcours handicap dès la consultation) hormis dans certains secteurs plus anciens pour lesquels un programme architectural est acté (accès du bâtiment de SMR à La Villeneuve par une pente montante difficile d'accès par les fauteuils roulants et se terminant par une porte sans ouverture automatique). L'accès des accompagnants et aidants est facilité pour les usagers en situation de vulnérabilité. Des solutions d'accès aux soins pour les personnes vulnérables sont mises en œuvre (filières dans les secteurs identifiés, CMP repéré comme entrée d'accès et d'orientation, HdJ vulnérabilité en gynéco-obstétrique, PASS et SOS médecins organisés au sein des urgences, liste d'interprètes, utilisation d'outils de communication, appel aux services sociaux). Le groupe hospitalier a organisé l'accès du patient à son dossier facilité par la mise à disposition d'un modèle type de demande sur le site internet avec des indicateurs de rendu qui sont suivis au DIM et communiqués en CDU. L'information du patient sur les modalités d'accès à « mon Espace Santé » et son alimentation par le DPI est présente dans le livret d'accueil cependant la question du DMP n'est pas maîtrisée par les équipes et les patients et professionnels ne sont pas informés des éléments versés. On retrouve plusieurs inclusions de patients dans des essais cliniques (onco-radiothérapie, hématologie, néphrologie...) et des partenariats d'accès aux patients éligibles dans les centres de compétences ou de référence en lien avec les CHU conventionnés (accès à des molécules innovantes). Les Représentants des Usagers sont très impliqués et reconnus dans les instances institutionnelles. Ils sont informés des plaintes, réclamations, EI, IQSS. Le projet des usagers est écrit et diffusé. Ils organisent des rencontres avec les équipes et dans le hall de l'établissement (café des RU) et participent activement aux actions entreprises (semaines à thème, parcours traceurs, médiations, réponses aux sollicitations des usagers...) La Politique qualité 2023-2028 et le projet qualité 2023-2028 validés en instance fin 2023 ont été prolongés jusqu'en 2029 pour se correspondre au projet d'établissement 2025-2029. Il est décrit en 4 axes stratégiques déclinés en actions. Les données d'entrée sont multiples (bilan des précédentes politiques qualité, CPOM sanitaires et médico-social, projet médico-soignant, rapports de certification et évaluations externes, politiques et chartes sectorielles, questionnaires de satisfaction, bilan annuel de la gestion des risques, bilans annuels de la CDU et projet des usagers, indicateurs qualité et CAQES, comptes rendus des instances et suivi de processus thématiques, plan de formation... En janvier 2025, des indicateurs Qualité ont été intégrés à chaque contrat de Pôle. Une feuille de route Qualité est déclinée pour chaque Pôle et service et suivie en bureau de Pôle. Des « points info » organisés par l'encadrement tous les 15 jours ou tous les mois permettent aux professionnels d'être informés des actions mises en œuvre. La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et sécurité des soins. Une présentation des résultats des indicateurs a été faite aux instances et l'incitation à l'amélioration de certains IQSS (remise et contenu de la lettre de liaison) a été actée. Un audit Culture Qualité et Sécurité des Soins a été proposé aux professionnels de 5 secteurs ce qui est peu représentatif de l'établissement. Lors de la semaine de Sécurité du patient, des actions sont ciblées (précautions standards et complémentaires, « boîte à coucou », infos sur les droits des patients), les organigrammes de décisions sont connus mais aucun plan d'action formalisé n'a été construit. Les cibles d'effectifs sont définies par service sur la base de maquettes organisationnelles, le suivi GPMC est formalisé. Pour les professionnels non médicaux, le manque de

ressources ponctuel est pallié par un pool de remplacement, le dispositif Hublo, des heures supplémentaires, ainsi qu'un faible recours à l'intérim. Des indicateurs de charge d'activité sont suivis aux urgences. Pour les professionnels médicaux, chaque pôle assure le suivi des nouveaux arrivants et recense les besoins de formations. Le repérage des professionnels paramédicaux susceptibles d'évoluer (3 IPA formés et 1 en cours de formation) et/ou d'occuper des fonctions d'encadrement est assuré lors des entretiens. Plusieurs protocoles de délégation sont mis en œuvre de coopération en collaboration entre médicaux et paramédicaux. Un dispositif d'accueil des nouveaux arrivants est en place depuis 2024 avec notamment : des journées d'accueil programmées pour tout le GHBS, une formation d'adaptation au poste (FAP) formalisée de 2j à 3 mois selon la complexité du poste, un espace intranet dédié. La formation au management est promue pour l'encadrement qui bénéficie d'un parcours de professionnalisation pour les FFCdS, une formation continue pour les gouvernants des services est organisée. Concernant des temps de retours d'expérience entre les responsables de service, la méthode Faingold a été mise en place sur le pôle C pour tous les cadres depuis 1 an avec 1 réunion tous les 3 mois. Des démarches collectives d'amélioration du travail en équipe existent ; au bloc, un staff trimestriel avec l'ensemble du personnel permet de faire le point sur les organisations et la démarche Qualité. Dans certains pôles, des échanges avec l'équipe sont proposés tous les 15 jours. A ce jour, 3 temps de rencontre de ce type ont été organisés avec des résultats encourageants. Des rencontres régulières permettant l'amélioration du travail en équipe sont organisées : DRH/ direction, psychologue et médecine de travail, réunions de travail pour les équipes de jour et de nuit. La prochaine prévue concerne les fiches de postes. De nombreuses supervisions d'équipes sont mises en place cependant la psychiatrie n'en fait pas partie jusqu'à présent. L'équipe de gynécologie est accréditée depuis 4 ans, l'équipe d'anesthésie est en cours. Le maintien et le développement des compétences repose sur un plan de formation annuel. Une check List réalisée à l'embauche permet de s'assurer que les professionnels disposent de tous les documents dont les titres et compétences nécessaires. L'entretien d'évaluation pour les personnels non médicaux est effectif et le déploiement est en cours concernant la mise en place des entretiens individuels pour les praticiens hospitaliers. Des moyens adaptés sont mis en place pour atténuer le risque lié aux accueils dans les situations à risques (accueil par l'équipe de nuit, fourniture d'un code temporaire pour l'accès informatique par l'encadrement, transmissions par l'équipe de jour maintenue, cahier de transmissions inter-équipe pour l'organisation. Les professionnels de santé connaissent l'existence du comité éthique du GHBS (composé de médecins, soignants, non soignants, RU et membres de la direction) et savent comment le contacter (espace intranet et flyers à disposition). Ils identifient les questionnements auxquels ils sont confrontés notamment autour des droits du patient, de leur état de santé, de la stratégie thérapeutique et des soins proposés. L'Espace Ethique de Bretagne (EREB) peut également être sollicitée. Le projet QVCT a été élaboré en pluridisciplinarité (conçu à partir d'un Copil QVT intégrant les partenaires sociaux) et validé en décembre 2021 avec un déploiement jusqu'en 2026, intégré dans le projet d'établissement en cours de travail. Sa mise à jour dans le cadre de la préparation d'un nouveau protocole social a permis l'inclusion de nouvelles thématiques: parcours professionnels et mobilité, organisation du temps de travail et semaine de 4 jours, projet d'ouverture d'une MAM (maison d'Assistants Maternels), projet de conventionnement avec Morbihan Habitat. Un travail en coordination avec le Service de Santé au travail permet la mise à disposition d'un soutien psychologique. Un préventeur de risques réalise des études de poste individuels (Convention aménagement des postes) et l'aménagement de postes collectifs. Les équipes peuvent également solliciter les psychologues du service qui ont un temps dédié à l'accompagnement des professionnels ou des associations : Angels pour le deuil périnatal, préma, bien naître (massages, chant prénatal). Les situations difficiles sont anticipées par des formations en simulation pour la gestion de conflits, des médiateurs médicaux et non médicaux sont sollicités pour les situations difficiles. La gestion des tensions hospitalières et SSE est organisé en collaboration avec les établissements du territoire lors de séminaires à destination des pilotes et validée en COPIL Plan Blanc ; une cartographie intégrant les risques spécifiques est construite et suivie. Des fiches réflexes pour chaque membre de la cellule de Crise sont retrouvées dans la gestion documentaire, un listing du matériel mobilisable est disponible. Des exercices de mise en situation ont été menés (NOVI en juin 2024, Orange Cyberdéfense en

décembre 2024, Diwall en avril 2025) et les modalités de déclenchement sont connues des professionnels. Les diagnostics de sûreté des différents sites du GHBS ont été réalisés et les points de vulnérabilité identifiés. Un plan d'action a été proposé avec priorisation des projets de sécurisation (portes fermées, interphones, ...). Néanmoins le protocole est peu connu des professionnels et les patients dans certains secteurs (ambulatoire) ne disposent pas de casiers permettant de sécuriser leurs effets personnels ou ces casiers ne sont pas accessibles (psychiatrie). Le développement durable est un axe initié par la mise en œuvre d'un diagnostic réalisé via « Mon observatoire du DD » de l'ANAP qui se poursuit par un accompagnement en cours sur la stratégie RSE. Un bilan de l'existant sur la politique déchets est actualisé annuellement depuis 2020. Les circuits des déchets sont identifiés, sécurisés dans les locaux intermédiaires et définitifs (DASRI, DAOM et 56 filières de tri). Un plan de sobriété énergétique est en cours avec des actions ciblées depuis 2022 : suivi des consommations, éco-gestes informatiques, réduction du chauffage, passage en LED... Des actions de sensibilisation sont menées auprès des professionnels (club déchets pluri-professionnel, semaine du DD, semaine de la mobilité, application de co-voiturage, sensibilisation au self, travail du pôle F en partenariat avec OSE sur les 1000 1ers jours de l'enfant, charte environnementale périnatalité...). La prise en charge des urgences vitales est structurée sur la base d'un numéro unique connu de tous les professionnels de chaque site, inscrit sur tous les téléphones et communiqué systématiquement lors de la procédure d'accueil du nouvel arrivant. La gestion des chariots d'urgence est effective, les formations AFGSU sont généralisées et obligatoires ; elles sont associées à une formation en e-learning depuis fin 2024. Des mises en situation ont été organisées dans plusieurs secteurs et des audits sont effectués régulièrement dans tous les secteurs par une task force issue du Comité Urgence Vitale institutionnel. La maîtrise des bonnes pratiques et la diffusion de la veille réglementaire et scientifique est encouragée. La transmission des recommandations de bonnes pratiques se fait lors du point COMEDIMS à chaque CME ou par chaque Chef de Pôle et par l'encadrement paramédical avec plusieurs canaux de communication (mail, affichage, classeur de procédures, présence accrue de l'EOH sur le terrain). La gestion documentaire des protocoles est assurée et un mail de revalidation des procédures à date est lancé. Des revues de pertinence des admissions et des séjours sont effectives en SMR lors des staffs. Malgré l'affichage sur les tableaux "La Qualité dans mon service", les professionnels de terrain sont peu acculturés au suivi des PAQSS qui intègrent peu de retour de l'expérience patient à ce jour hormis la mise à disposition de plateaux repas diversifiés suite à des retours des patients en Commission restauration. En novembre 2024, une enquête par l'EOH sur « la visibilité des informations existantes autour de l'hygiène des mains par les patients » a eu lieu et un questionnaire douleur a été diffusé en janvier 2025 avec présentation du plan d'actions au CLUD prévue en mars. Aucune action n'a été mise en place suite au retour des représentants des usagers. Les IQSS sont connus et diffusés, des actions sont mises en œuvre mais ne sont pas répertoriées dans un plan d'action formalisé et ne sont pas toujours identifiées par les professionnels de terrain comme issues des IQSS. Les professionnels médicaux et cadres ont mis en place des outils propres à chaque service pour la diffusion des recommandations de bonnes pratiques : aux urgences il s'agit d'une newsletter, des bibliographies mensuelles dans les autres services, un dossier partagé dans les communs en neurologie. Malgré l'organisation efficiente mise en place concernant les séjours longs, il n'a pas été proposé de revues d'indicateurs de pertinence des admissions et des séjours. Les équipes connaissent l'existence des RU mais pas leurs propositions d'axes d'améliorations ni d'actions d'améliorations basées sur l'expérience patient. Elles connaissent peu le plan d'amélioration de la qualité et certains indicateurs : mise en place de la RAC, circuit du médicament, sortie du patient ; les résultats des audits sont cependant affichés en salle de pause, avec les axes d'amélioration et leur réévaluation. Les événements indésirables sont déclarés par les professionnels puis triés et orientés par la Cellule Qualité Gestion Des Risques (2 gestionnaires des risques associés aux soins, la directrice qualité, les ingénieurs qualité et des cadres) hebdomadairement. L'analyse faite va permettre la déclinaison d'un plan d'action qui doit être validé en cellule de suivi avant sa mise en place. Ce délai de gestion des EI dans l'établissement relativement long est dissuasif pour les professionnels (exemple : EI fin mai 2024, analyse pluri professionnelle le 09/07/2024, plan d'action retenu le 14/11/2024, 3 actions proposées avec un échéancier en septembre et décembre. Lors de la visite en mai 2025, aucune action n'est débutée) et les

actions du PAQ institutionnels sont peu mises en œuvre, parfois clôturées sans ré évaluation. La CDU est informée des EIAS et EIG déclarés par l'établissement. La fluidité de l'hospitalisation non programmée est assurée par un suivi des indicateurs démographiques des patients admis aux urgences permettant l'adaptation des prises en charge (suivi quotidien du besoin en lits d'aval, disponibilité de lits « hôpital en tension »).

L'accréditation des équipes médicales est promue dans l'établissement (1 praticien accrédité Orthorisk depuis 6 mois, l'équipe d'anesthésie est en cours accréditation, l'équipe de gynécologie est accréditée). 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 :?

S'assurer de l'accompagnement des patients en psychiatrie nécessitant de l'aide et de l'inclusion sociale ;
Vérifier que la traçabilité des températures est toujours effective concernant les médicaments thermosensibles ainsi que du bon respect des règles de stockage ; Faire respecter l'ensemble des précautions standard à ses professionnels de santé ; Engager une véritable acculturation des professionnels de terrain à la qualité.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	560005746	GROUPE HOSPITALIER BRETAGNE SUD	5 avenue de choiseul 56100 LORIENT FRANCE
Établissement géographique	560030165	GHBS - HÔPITAL SITE CLINIQUE DU TER	5 ALLEE CLINIQUE DU TER 56270 PLOEMEUR FRANCE
Établissement géographique	290014687	GHBS - USLD BOIS JOLY DE QUIMPERLE	Route d Arzano 29391 Quimperlé FRANCE
Établissement géographique	560015422	GHBS - HOPITAL DE RIANTEC	rue Kerdurand 56670 RIANTEC FRANCE
Établissement géographique	290003995	GHBS - HOPITAL KERGLANCHARD DE QUIMPERLE	Kerglanchard 29300 Quimperlé FRANCE
Établissement géographique	290000934	GHBS - HOPITAL LA VILLENEUVE DE QUIMPERLE	20 bis avenue Général Leclerc 29391 QUIMPERLE FRANCE
Établissement géographique	290018423	GHBS - CMP SCAER	51 rue Louis Pasteur 29390 Scaër FRANCE
Établissement géographique	560000465	GHBS - HOPITAL LE FAOUE	36 rue des Bergères 56320 Le Faouët FRANCE
Établissement géographique	290034909	GHBS - HDJ JEAN BAPTISTE PUSSIN	14 rue Lulli 29300 QUIMPERLE FRANCE
Établissement géographique	290034792	GHBS - CMP CATTP ST MICHEL	4 rue Henri Dunant 29300 QUIMPERLE FRANCE
Établissement géographique	290034610	GHBS - HOPITAL BOIS JOLY DE QUIMPERLE	Route d'Arzano 29391 QUIMPERLE FRANCE
Établissement géographique	560006637	GHBS - USLD RIANTEC	Rue Kerdurand 56670 Riantec FRANCE
Établissement principal	560000135	GHBS - HOPITAL DU SCORFF DE LORIENT	5 avenue de choiseul BP 12233 56322 LORIENT Cedex FRANCE
Établissement géographique	560003980	GHBS - HOPITAL DE KERBERNES DE PLOEMEUR	Lieu dit Kerbernes 56270 Ploemeur FRANCE

Établissement géographique	560000275	GHBS - HOPITAL DE KERLIVIO DE HENNEBONT	Rue François Le Vouedec 56700 Hennebont FRANCE
Établissement géographique	560009631	GHBS - USLD KERLIVIO DE HENNEBONT	Rue François Le Vouedec 56700 Hennebont FRANCE
Établissement géographique	560005035	GHBS - USLD KERBERNES DE PLOEMEUR	Lieu dit Kerbernes 56270 Ploemeur FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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	Non
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	Oui
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
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	7,320
Nombre de passages aux urgences générales	61,321
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	437
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	75
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	58
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	78
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	24
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	4
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	48,298
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	24
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	3
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	54
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	10
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	9
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	130
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	85
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	18
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)	15
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		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
3	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

12	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
13	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
14	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
15	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
16	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	

17	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
18	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
20	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
21	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité	

			Programmé Tout l'établissement	
22	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins critiques Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement Urgences	
23	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
24	Parcours traceur		Hospitalisation complète Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé	

			Soins de longue durée Tout l'établissement	
25	Parcours traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Tout l'établissement Urgences	
26	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
27	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
28	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque et antibiotiques injectables ou per os
29	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Maternité Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences	

30	Audit système	Engagement patient		
31	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque et antibiotiques injectables ou per os
32	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
33	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
34	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
35	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
36	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
37	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
38	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et per opératoire
39	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
40	Audit système	Maitrise des risques		
41	Audit système	Dynamique d'amélioration		
42	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
43	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
44	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
45	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
46	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
47	Audit système	Entretien Professionnel		

48	Audit système	Entretien Professionnel		
49	Audit système	Entretien Professionnel		
50	Audit système	Entretien Professionnel		
51	Audit système	Entretien Professionnel		
52	Audit système	Entretien Professionnel		
53	Audit système	Entretien Professionnel		
54	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
55	Audit système	Entretien Professionnel		
56	Audit système	Entretien Professionnel		
57	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
58	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
59	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
60	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
61	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
62	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
63	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Enfant et adolescent	

65	traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
66	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
67	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
68	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque et antibiotiques injectables ou per os
69	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
70	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
71	Audit système	Entretien Professionnel		
72	Audit système	Dynamique d'amélioration		
73	Audit système	Entretien Professionnel		
74	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé	

75			Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
76	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
77	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
78	Audit système	Leadership		
79	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
80	Parcours traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	

81	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
82	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
83	Parcours traceur		Adulte Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
84	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins critiques Tout l'établissement	

85	Audit système	Représentants des usagers		
86	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
87	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
88	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
89	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
90	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Adulte	

91	traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
92	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
93	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
94	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
95	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
96	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie et Per opératoire
97	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé	

			Soins de longue durée Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
98	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
99	Audit système	Engagement patient		
100	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
101	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
102	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé	

103			Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
104	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
105	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
106	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
107	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
108	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
109	Audit système	Entretien Professionnel		
110	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
111	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI
112	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR	

			Soins critiques Tout l'établissement	
113	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
114	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
115	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI
116	Audit système	Entretien Professionnel		
117	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
118	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
119	Audit système	Entretien Professionnel		
120	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
121	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
122	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
123	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
124	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO

125	Audit système	Coordination territoriale		
126	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
127	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
128	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
129	Patient traceur		Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
130	Patient traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
131	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
132	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
133	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement Urgences	
134	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
135	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
136	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
	Parcours		Adulte	

137	traceur		Ambulatoire Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
138	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
139	Parcours traceur		Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Tout l'établissement Urgences	
140	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
141	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Audit	Entretien Professionnel		

142	système			
143	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
144	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
145	Audit système	Entretien Professionnel		
146	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SAMU/SMUR
147	Audit système	Maitrise des risques		
148	Audit système	Entretien Professionnel		
149	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
150	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
151	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
152	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
153	Parcours traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap SAMU-SMUR Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
154	Audit système	Entretien Professionnel		
155	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
156	Audit système	Entretien Professionnel		
157	Audit système	QVT & Travail en équipe		
158	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
159	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

160	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque et antibiotique injectable ou PO
161	Audit système	Entretien Professionnel		
162	Audit système	Coordination territoriale		
163	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
164	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Tout l'établissement Urgences	

165	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé SAMU-SMUR Soins critiques Tout l'établissement Urgences	
166	Parcours traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité SAMU-SMUR Soins critiques Tout l'établissement	
167	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Dispositif médical réutilisable (endoscope)

168	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
169	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
170	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
171	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
172	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	

173	Audit système	Entretien Professionnel		
174	Audit système	Représentants des usagers		
175	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
176	Audit système	Leadership		
177	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque et antibiotiques injectables ou per os
178	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
179	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
180	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque et antibiotiques injectables ou per os
181	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
182	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Psychiatrie et santé mentale Tout l'établissement	
183	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
184	Audit système	Entretien Professionnel		
185	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
186	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire	

187			Maladie chronique Médecine Patient âgé Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
188	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicaments à risque injectables ou per os
189	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
190	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
191	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins de longue durée Tout l'établissement	
192	Audit système	Entretien Professionnel		
193	Audit système	QVT & Travail en équipe		
	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel	

194			Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
195	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
196	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
197	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL
198	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Maternité Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
199	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotiques injectables ou per os
200	Patient traceur		Adulte Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
201	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
202	Patient traceur		Hospitalisation complète Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
--	--	--	-----------------------------------	--

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

