



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

## MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

### RAPPORT DE CERTIFICATION

---

## EPSM MORBIHAN

22 rue de l'hôpital  
56896 Saint Ave



Validé par la HAS en Novembre 2022

---

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



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

# Sommaire

---

|                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Préambule                                                                                                                                                              | 4  |
| Décision                                                                                                                                                               | 7  |
| Présentation                                                                                                                                                           | 8  |
| Champs d'applicabilité                                                                                                                                                 | 9  |
| Résultats                                                                                                                                                              | 10 |
| Chapitre 1 : Le patient                                                                                                                                                | 12 |
| Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.                                                                                               | 14 |
| Objectif 1.2 : Le patient est respecté.                                                                                                                                | 16 |
| Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient                                                  | 17 |
| Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge                                            | 18 |
| Chapitre 2 : Les équipes de soins                                                                                                                                      | 19 |
| Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe                                                           | 22 |
| Objectif 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 | 23 |
| Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques                                                                                               | 24 |
| Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle                                            | 26 |
| Chapitre 3 : L'établissement                                                                                                                                           | 27 |
| Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire                                                                  | 30 |
| Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement                                                                   | 31 |
| Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership                                                                                                                | 32 |
| Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences                                                                       | 33 |
| Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance                                            | 34 |
| Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté                                             | 35 |
| Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins                                                                 | 36 |
| Table des Annexes                                                                                                                                                      | 37 |
| Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche                                                                                              | 38 |
| Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022                                                                                                 | 41 |
| Annexe 3. Programme de visite                                                                                                                                          | 45 |

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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

| EPSM MORBIHAN        |                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------|
| Adresse              | 22 rue de l'hôpital<br>56896 Saint Ave FRANCE |
| Département / Région | Morbihan / Bretagne                           |
| Statut               | Public                                        |
| Type d'établissement | CHS / EPSM                                    |

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 | 560002032 | EPSM MORBIHAN          | 22 rue de l'hôpital<br>56896 Saint-Ave FRANCE |

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

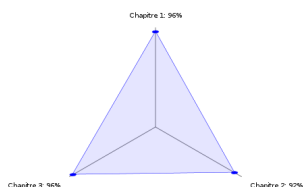
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

## Champs d'applicabilité

| Champs d'applicabilité            |
|-----------------------------------|
| Adulte                            |
| Ambulatoire                       |
| Enfant et adolescent              |
| Hospitalisation complète          |
| Maladie chronique                 |
| Médecine                          |
| Pas de situation particulière     |
| Patient âgé                       |
| Patient atteint d'un cancer       |
| Patient en situation de handicap  |
| Patient en situation de précarité |
| Programmé                         |
| Psychiatrie et santé mentale      |
| Soins de longue durée             |
| Tout l'établissement              |

Au regard du profil de l'établissement, [107](#) critères lui sont applicables

# Résultats



Score global de satisfaction aux attendus du référentiel

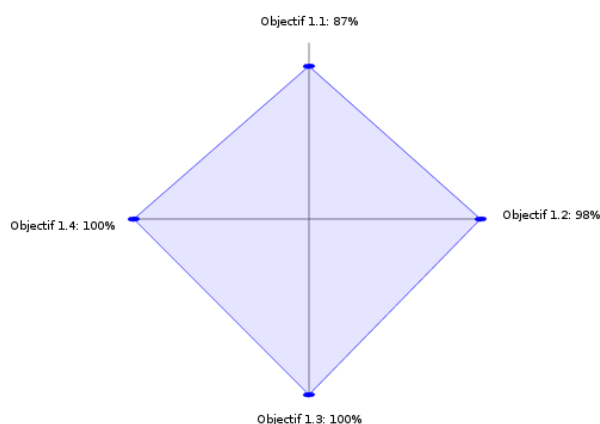
## 94.81%

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

| Critères | Résultats des critères impératifs                                                                                                                                       | Score          |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1.1-03   | Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités                                                                           | 100%           |
| 1.2-01   | Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité                                                                                                        | 99%            |
| 1.2-02   | Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté                                                                                                                   | 100%           |
| 1.2-08   | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur                                                                                    | 87%            |
| 2.1-05   | La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée | 100%           |
| 2.2-17   | Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie                                                                                  | 100%           |
| 2.3-06   | Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque                                                                                                           | 67%            |
| 2.3-11   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires                                                        | 100%           |
| 2.4-04   | Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des événements indésirables associés aux soins                                 | 67%            |
| 3.2-06   | L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein                                                                                                      | 100%           |
| 3.3-01   | La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins                                                                                             | 100%           |
| 3.6-01   | La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée                                                                        | 100%           |
| 3.6-05   | La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement                                                                                | 100%           |
| 3.7-03   | Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement                                                | Non Applicable |

| Critères | Résultats des critères avancés                                                                                         | Score          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 2.2-07   | La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux | 100%           |
| 3.2-02   | L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients                                                          | 90%            |
| 3.4-02   | La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe                       | 50%            |
| 3.7-06   | L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement                                  | Non Applicable |

# Chapitre 1 : Le patient



Score du chapitre

**96%**

du score maximal

| Objectifs |                                                                                                              |      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.1       | Le patient est informé et son implication est recherchée.                                                    | 87%  |
| 1.2       | Le patient est respecté.                                                                                     | 98%  |
| 1.3       | Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient       | 100% |
| 1.4       | Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge | 100% |

L'EPSM Morbihan veille à ce que les patients accueillis ainsi que leurs proches et /ou leurs aidants reçoivent une information claire sur leurs droits. En hospitalisation complète, le livret d'accueil est remis au patient à son admission et les différentes chartes affichées dans les unités selon le type de population accueillie (charte du patient hospitalisé ou la charte européenne de l'enfant hospitalisé, charte de bientraitance, ..) constituent les outils principaux mis en place pour assurer au patient une information adaptée sur ses principaux droits mais aussi sur les spécificités d'organisation et de prises en charge en œuvre au sein de l'établissement. Des documents précisant les règles de vie peuvent compléter cette information. Il est à noter qu'il n'existe pas de livret d'accueil pour les unités ambulatoires ou proposant une prise en charge spécifique (hôpitaux de jour, atelier thérapeutique, ..). Des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique (vaccination, maltraitance...) et la prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) sont affichés ou à disposition dans la majorité des services. Les représentants des usagers et les associations qu'ils représentent, dont les coordonnées et les modalités pour les contacter sont précisées par affichage dans chaque unité, sont impliqués dans la vie de l'EPSM et ils contribuent à la diffusion de l'information et à son accès par les patients et leurs proches. La distinction entre personne à prévenir et personne de confiance est clairement identifiée par tous les professionnels rencontrés. Le formulaire remis au patient pour la désignation ou non de sa personne de confiance est retrouvé dans son dossier mais l'accord de la personne désignée n'est pas toujours présent. L'EPSM informe le patient sur sa possibilité de rédiger des directives anticipées. Cependant, et de manière générale, il est constaté un écart important entre le volume et la qualité de l'information délivrée au patient et la réception et la compréhension de cette information par les patients ou les résidents. Ainsi, la plupart des patients rencontrés ont déclaré ne pas savoir ce que sont les « représentants des usagers » et qu'ils peuvent les contacter si besoin. Il en est de même pour les directives anticipées. Ce point a été identifié par l'établissement et doit faire l'objet d'une réflexion dans le cadre de la diffusion du nouveau livret

d'accueil. Apporter une information adaptée et compréhensible au patient et à ses proches sur les modalités de prise en charge est une exigence portée par l'établissement. Cette information est avant tout centrée sur la prise en charge clinique (diagnostic, traitements, état de santé) en permettant au patient d'exprimer son avis et son consentement libre et éclairé tout au long de sa prise en charge. L'implication du patient dans la réflexion et l'évaluation bénéfice/risque pour toute nouvelle décision de prise en charge le concernant (nouvelle prescription, choix thérapeutique) est bien retrouvée dans son dossier. Les patients sont invités à faire part de leur expérience et à exprimer leur satisfaction. Leur point de vue quant aux modalités de prise en charge est sollicité et pris en compte. Le livret d'accueil précise les modalités pour exprimer sa satisfaction et soumettre une éventuelle plainte ou réclamation. Un questionnaire de satisfaction est à disposition des patients en hospitalisation complète. Cependant, le recueil de la satisfaction et de l'expérience des patients n'est pas systématique pour toutes les unités de l'EPSM et un certain nombre de patients rencontrés déclarent ne pas connaître ou se saisir de cette possibilité offerte. Il est à noter, toutefois, que ce dispositif de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient peut être complété par tous les espaces de parole proposés aux patients et à leurs proches et mis en place dans certaines unités de l'EPSM (hôpitaux de jour par exemple). L'établissement n'a pas formalisé les modalités d'information du patient pour déclarer directement auprès de l'ARS tout évènement grave lié à ses soins. Les patients considèrent que les locaux, les conditions d'accueil et les pratiques des professionnels garantissent le respect de leur intimité et de leur dignité. Les patients mineurs sont pris en charge par des équipes formées aux spécificités des enfants et adolescents. L'accueil des adolescents dans une unité dédiée permet à ces patients de bénéficier d'un environnement adapté. La confidentialité des informations concernant le patient est garantie. L'évaluation de la douleur du patient est systématiquement réalisée au moment de l'admission et tout au long de sa prise en charge lorsque cela est nécessaire. Un guide d'évaluation des douleurs est à disposition des professionnels. Toutefois, une attention est à porter sur la réévaluation de la douleur après traitement antalgique et plus particulièrement sur la prescription des protocoles « si besoin », souvent sans durée de prescription définie ou non réévalués. L'association et l'implication des proches et des aidants, des parents ou des représentants légaux, dans l'élaboration du projet de soins et la prise en charge de leur patient ou de leur adolescent, ainsi que la qualité de l'information qui peut leur être délivrée, en accord avec le patient, ont pu être mises en évidence dans le cadre des patients traceurs. La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite et la mise à disposition de locaux ou d'espaces dédiés. La prise en compte des conditions de vie des patients de manière générale et l'attention portée aux patients et aux familles en situation de précarité sociale en particulier permettent de proposer une prise en charge adaptée. La précarité et les conditions de vie environnementales et sociales sont particulièrement prises en compte au sein de l'EPSM. L'accompagnement des patients repose sur un accès facilité au service social dans l'ensemble des secteurs.

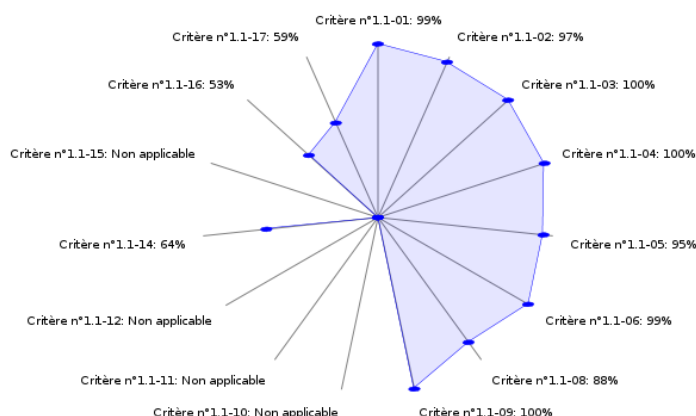
#### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

Concernant le constat suivant: "Il est à noter qu'il n'existe pas de livret d'accueil pour les unités ambulatoires ou proposant une prise en charge spécifique (hôpitaux de jour, atelier thérapeutique,...)", l'établissement a réalisé un nouveau livret d'accueil qui prend en compte l'ensemble des unités sanitaires de l'établissement, intra, extrahospitalières et de pédopsychiatrie. Ce livret a été diffusé fin septembre 2022 dans toutes les unités de l'établissement.

#### Réponse de la HAS

Accepter partiellement

## Objectif 1.1 : Le patient est informé et son implication est recherchée.



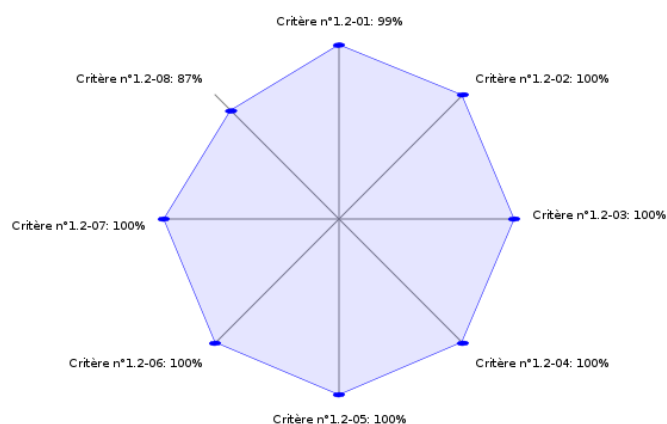
Score de  
l'objectif

**87%**

| Critères |                                                                                                                                                      |                |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1.1-01   | Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques | 99%            |
| 1.1-02   | Le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge                       | 97%            |
| 1.1-03   | Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités                                                        | 100%           |
| 1.1-04   | L'enfant ou l'adolescent est invité à exprimer son avis sur le projet de soins                                                                       | 100%           |
| 1.1-05   | Le patient bénéficie de messages renforçant sa capacité à agir pour sa santé                                                                         | 95%            |
| 1.1-06   | Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur face à sa maladie ou sa prise en charge                                                           | 99%            |
| 1.1-08   | Le patient a pu désigner la personne à prévenir et la personne de confiance de son choix                                                             | 88%            |
| 1.1-09   | Le patient, en prévision de sa sortie, est informé des consignes de suivi pour les médicaments qui lui sont prescrits                                | 100%           |
| 1.1-10   | Le patient est informé des dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées                | Non Applicable |
| 1.1-11   | Le patient est informé des produits sanguins labiles et des médicaments dérivés du sang (MDS) qui lui sont administrés                               | Non Applicable |
| 1.1-12   | En ambulatoire, le patient reçoit les informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge                                                   | Non Applicable |
| 1.1-14   | Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées                                                            | 64%            |
| 1.1-15   | Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs                      | Non Applicable |

|        |                                                                                                                                                                                                                           |     |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1.1-16 | Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner et sur les aides techniques et humaines adaptées à ses besoins nécessaires pour son retour à domicile | 53% |
| 1.1-17 | Le patient est invité à faire part de son expérience et à exprimer sa satisfaction                                                                                                                                        | 59% |

## Objectif 1.2 : Le patient est respecté.



| Critères |                                                                                                      |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.2-01   | Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité                                     | 99%  |
| 1.2-02   | Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté                                                | 100% |
| 1.2-03   | Le patient vivant avec un handicap bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour | 100% |
| 1.2-04   | Le patient âgé dépendant bénéficie du maintien de son autonomie tout au long de son séjour           | 100% |
| 1.2-05   | Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant                 | 100% |
| 1.2-06   | Le recours à la contention mécanique relève d'une décision médicale                                  | 100% |
| 1.2-07   | Le patient reçoit une aide pour ses besoins élémentaires, même en situation de tension d'activité    | 100% |
| 1.2-08   | Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur                 | 87%  |

## Objectif 1.3 : Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient

Critère n°1.3-01: 100%



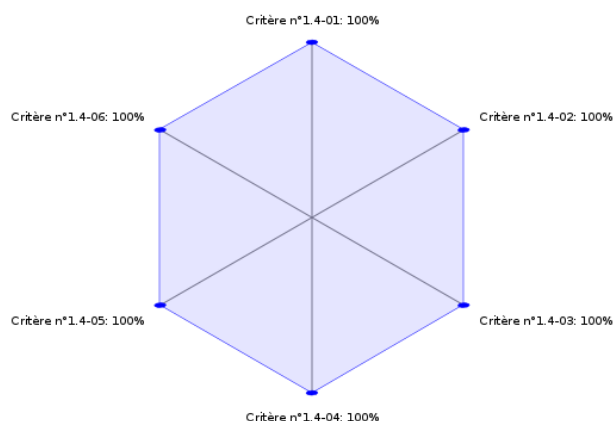
Critère n°1.3-03: 100%

Score de  
l'objectif

**100%**

| Critères |                                                                                                                                                |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.3-01   | Avec l'accord du patient et selon la situation, les proches et/ou aidants doivent pouvoir s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins | 100% |
| 1.3-03   | La présence des proches et/ou aidants est facilitée en dehors des heures de visites, lorsque la situation le nécessite                         | 100% |

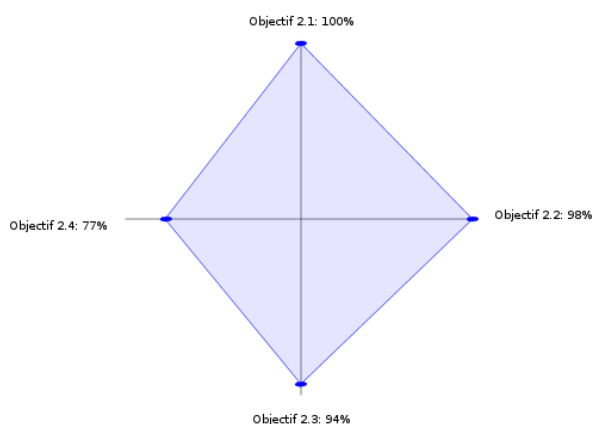
## Objectif 1.4 : Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                                                                                    |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 1.4-01   | Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates                                                                | 100% |
| 1.4-02   | Le patient vivant avec un handicap ou ses proches et/ou aidants exprime ses besoins et préférences pour une prise en compte dans son projet de soins                                                               | 100% |
| 1.4-03   | Le patient mineur atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation, éducatives et scolaires adaptées à sa situation | 100% |
| 1.4-04   | En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social                                                                                            | 100% |
| 1.4-05   | Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite                                  | 100% |
| 1.4-06   | Les conditions de vie habituelles sont prises en compte notamment pour la préparation de la sortie                                                                                                                 | 100% |

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Score du chapitre

**92%**

du score maximal

| Objectifs |                                                                                                                                                         |      |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.1       | La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe                                                           | 100% |
| 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 | 98%  |
| 2.3       | Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques                                                                                               | 94%  |
| 2.4       | Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle                                            | 77%  |

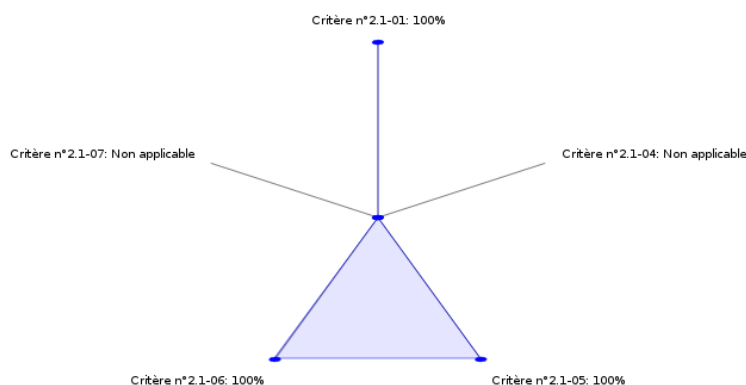
La pertinence des admissions et des prises en charge fait l'objet d'une attention particulière et celles-ci sont argumentées et réévaluées de manière régulière dans le cadre des réunions cliniques et des synthèses mises en place. Elles s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques et l'expertise des professionnels de santé. Les prescriptions d'antibiotiques, quand elles existent, sont particulièrement suivies par les pharmaciens en collaboration avec les médecins généralistes. Ceux-ci, formés et sensibilisés à l'utilisation des antibiotiques, peuvent se référer à un référent dès que de besoin. L'évaluation de la pertinence de la prescription entre la 24ème et 72ème heure est garantie par une alerte sur le logiciel dossier patient informatisé. La pertinence du recours à des mesures de restriction de libertés est argumentée et réévaluée en s'appuyant sur les recommandations de bonne pratique et au regard des dispositifs réglementaires et légaux en vigueur. L'EPSM produit chaque année son rapport « Isolement – Contention » et a mis en place en 2020 un Comité d'Application de règles Relatives au Respect des Libertés Individuelles (CARRLI) qui a pour objectif de faire émerger les idées du terrain afin d'améliorer les droits et libertés fondamentales des patients. La bonne tenue des dossiers patients, les temps de transmissions quotidiens, les réunions cliniques hebdomadaires et les temps de supervision permettent la coordination de tous les professionnels impliqués dans la prise en charge et facilitent ainsi une évaluation ou une réévaluation régulière du projet de soins construit collectivement. Les médecins psychiatres s'appuient sur les recommandations de bonne pratique pour préciser les modalités de la prise en charge des patients (choix du mode d'hospitalisation, prescriptions d'actes de soins ou de traitements médicamenteux, modalités de suivi, ...). D'autre part, tous les éléments recueillis en amont ou à l'admission dans le cadre des entretiens infirmiers, psychiatriques et somatiques et tracés par les différents professionnels intervenant dans la prise en charge, sont colligés dans un projet de soins synthétisant les objectifs de soins et définissant le projet de soins le plus adapté en associant le patient et ses proches chaque fois que cela est possible. A l'admission, les professionnels renseignent une check list portant sur un certain nombre de cibles (évaluation de la douleur, de la

consommation d'alcool et de toxiques, évaluation du risque suicidaire, IMC, ...). Un examen somatique est réalisé à l'admission du patient et donne lieu à un suivi régulier tout au long de la prise en charge. L'EPSM dispose d'une « Maison des spécialités » offrant aux patients, qu'ils soient hospitalisés ou suivis en ambulatoire, une large palette de soins complémentaires (ECG, EEG, radiologie, ..). Le projet de soins individualisé s'appuie sur un large panel d'outils à visée thérapeutique mais il propose également un programme de réinsertion comprenant la réhabilitation psychosociale et l'éducation à la santé. Un suivi est assuré en aval de l'hospitalisation (relais avec les CMP, le médecin traitant, l'hospitalisation de jour si nécessaire, les consultations externes). Le carnet de santé du patient mineur est demandé aux parents à son arrivée afin de reporter les informations dans son dossier et mis à jour, de manière hétérogène selon les unités, pour les informations utiles à son suivi. Si la prise en charge ambulatoire permet d'apporter une réponse adaptée et anticipée ainsi qu'un accès précoce aux soins psychiques, il est noté que certaines unités concernées ne disposent pas d'indicateurs permettant d'apporter une réponse précise sur les délais d'accès aux soins (entre la demande formulée et la consultation proposée). Les entretiens infirmiers en première intention permettent de manière générale de ne pas laisser les usagers sans réponse. La plupart des patients de l'EPSM se voient remettre une lettre de liaison à leur sortie en cas de retour au domicile et un document de liaison est rédigé afin d'assurer la continuité des soins en cas d'orientation vers une autre institution. Un bilan thérapeutique est intégré à la lettre de liaison. L'EPSM Morbihan a mesuré les enjeux liés à la sécurité des soins, a identifié les risques liés à ses pratiques et veille à mettre en place tout ce qui peut les éviter ou les réduire. Les équipes veillent au respect des bonnes pratiques d'identification du patient. Les vigilants (pharmacovigilant, infectiovigilant) sont identifiés et connus. Ils veillent à la mise en œuvre des vigilances sanitaires. La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. Les bonnes pratiques concernant les étapes de dispensation et d'administration des médicaments sont respectées et les équipes sont attentives à l'utilisation des médicaments à risque (liste des médicaments à disposition, modalités de stockage, actions de sensibilisation des professionnels). Cependant, l'identification du médicament à risque s'arrête pour le moment à une identification sur le pilulier et pas sur le médicament lui-même. Ce point d'amélioration a été identifié par l'établissement qui s'est doté d'une nouvelle reconditionneuse permettant cette identification. L'analyse pharmaceutique est systématiquement réalisée et l'EPSM a identifié les profils de patients pour lesquels il est pertinent de développer la conciliation des traitements médicamenteux (patients de plus de 65 ans et conciliation inter établissements depuis 2019 pour les entrants du CHBA et les transferts entre l'EPSM et le CHBA) et cette conciliation est mise en œuvre pour ces patients. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. Une armoire d'urgence automatisée accessible aux cadres permet la dotation pour besoins urgents. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains, la mise en application des précautions standards et complémentaires (affichages et procédures concernées mises à disposition des professionnels dans les unités), les bonnes pratiques de prescription des antibiotiques et le respect des recommandations vaccinales pour les professionnels de santé contribuent à la maîtrise du risque infectieux au sein de l'EPSM Morbihan et ont été efficacement mis en œuvre dans le cadre de la pandémie COVID 19. L'infirmière hygiéniste et les référents hygiènes sont identifiés dans les services. Les audits réguliers (bionettoyage, chambre des erreurs, hygiène des mains), les formations des professionnels (lavage des mains, utilisation des EPI) et le suivi de la consommation des solutions hydroalcooliques mises à disposition, permettent également de maintenir un bon niveau de maîtrise du risque infectieux. Les équipes de l'EPSM évaluent régulièrement le risque suicidaire afin de définir des modalités de prise en charge et de surveillance spécifiques. La gestion des éventuels épisodes de violence ou d'agressivité est anticipée. Les professionnels sont formés (Omega) et disposent de matériel adapté (de type dispositif d'aide pour travailleur isolé par exemple). A l'USIP, la gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de gestion de crise auquel peut être associée la famille. Ces plans de prévention partagé n'ont pas été retrouvés dans les autres unités pouvant être concernées. Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé. Les équipes de soins fondent essentiellement l'évaluation de leurs pratiques sur le signalement des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Les EIAS sont déclarés et partagés mais seulement un tiers des équipes de soins rencontrées dans le cadre des parcours traceurs réalisent une analyse collective de ces événements selon une méthode d'analyse des causes (ALARM) permettant de définir un plan d'actions d'amélioration. D'autre part, si les équipes

peuvent participer à des activités dédiées à la qualité et à la sécurité des soins (audits, enquêtes, quizz,...) et si les démarches d'analyse des pratiques professionnelles, mises en sommeil du fait de la pandémie de COVID, se remettent en place de manière très progressive et très hétérogène, il n'existe pas de dispositif d'évaluation des pratiques structuré à l'échelle des unités de l'EPSM permettant d'impliquer les professionnels dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et comprenant l'analyse régulière des événements signalés, l'analyse des résultats des enquêtes de satisfaction menées auprès des patients, le recueil et le suivi d'indicateurs de pratique clinique pouvant être définis au sein des pôles ou de ces unités. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) intégrant tous les plans d'actions définis à partir des résultats des quelques évaluations réalisées est en place, suivi et alimenté régulièrement. Le PAQSS est connu des professionnels rencontrés.

| Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs |
|-----------------------------------------------------------------------|
| Pas d'observations                                                    |
| Réponse de la HAS                                                     |
| Accepter                                                              |

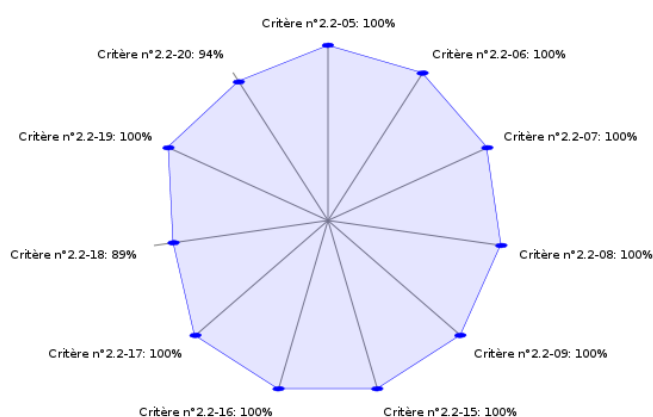
## Objectif 2.1 : La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe



Score de  
l'objectif  
**100%**

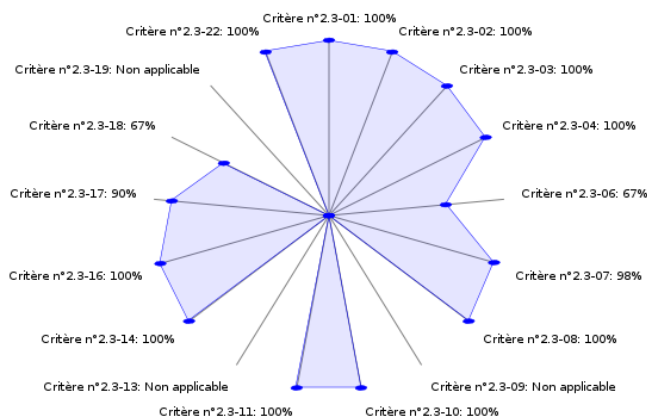
| Critères |                                                                                                                                                                         |                |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 2.1-01   | La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein de l'équipe                                                                                       | 100%           |
| 2.1-04   | En hospitalisation traditionnelle, la prescription d'une HAD est envisagée dans le cadre du projet de soins dès l'admission du patient.                                 | Non Applicable |
| 2.1-05   | La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée | 100%           |
| 2.1-06   | La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée                                                                                             | 100%           |
| 2.1-07   | La pertinence de la transfusion des produits sanguins (PSL) est argumentée                                                                                              | Non Applicable |

## Objectif 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



| Critères |                                                                                                                                                                                  |      |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.2-05   | Le dossier du patient est complet et accessible par les professionnels impliqués                                                                                                 | 100% |
| 2.2-06   | Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins                                                                                                              | 100% |
| 2.2-07   | La sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient bénéficie d'une conciliation des traitements médicamenteux                                                           | 100% |
| 2.2-08   | Les équipes se coordonnent dans le cas où le patient n'a pas été orienté dans l'unité adaptée faute de disponibilité                                                             | 100% |
| 2.2-09   | L'équipe de soin peut faire appel si besoin à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise                                                                                      | 100% |
| 2.2-15   | En phase de transition adolescent-adulte, les équipes (pédiatriques ou pédopsychiatriques et adultes) se coordonnent pour assurer la continuité de la prise en charge du patient | 100% |
| 2.2-16   | Le carnet de santé, le dossier du patient et le cas échéant le dossier médical partagé, sont mis à jour de manière synchronisée pour assurer la continuité des soins             | 100% |
| 2.2-17   | Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie                                                                                           | 100% |
| 2.2-18   | En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques                                                                                      | 89%  |
| 2.2-19   | Une démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée est mise en œuvre pour les patients en fin de vie                                                 | 100% |
| 2.2-20   | Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et adressée au médecin traitant                                                                                          | 94%  |

## Objectif 2.3 : Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques



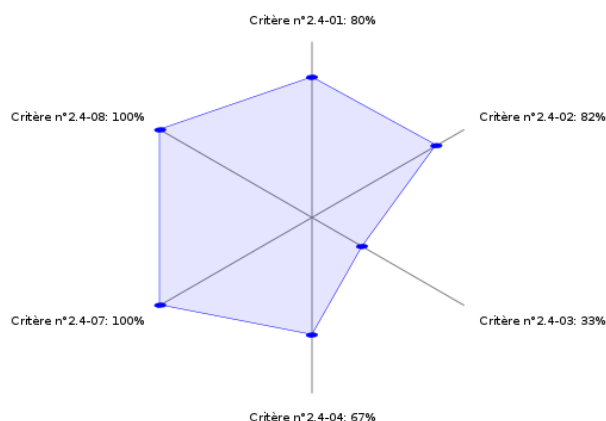
Score de  
l'objectif

**94%**

| Critères |                                                                                                                                      |                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 2.3-01   | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge                    | 100%           |
| 2.3-02   | Les équipes maîtrisent la mise en application des vigilances sanitaires                                                              | 100%           |
| 2.3-03   | Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription et de dispensation des médicaments                                       | 100%           |
| 2.3-04   | Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments                                                         | 100%           |
| 2.3-06   | Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque                                                                        | 67%            |
| 2.3-07   | L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques | 98%            |
| 2.3-08   | Les équipes maîtrisent le risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable à sa sortie             | 100%           |
| 2.3-09   | Les équipes maîtrisent la sécurité transfusionnelle                                                                                  | Non Applicable |
| 2.3-10   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains                                   | 100%           |
| 2.3-11   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires                     | 100%           |
| 2.3-13   | Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au traitement et au stockage des dispositifs médicaux réutilisables                  | Non Applicable |
| 2.3-14   | Les équipes maîtrisent les risque infectieux liés aux dispositifs invasifs en appliquant les précautions adéquates                   | 100%           |
| 2.3-16   | Les équipes pluriprofessionnelles maîtrisent le risque de dépendance iatrogène                                                       | 100%           |

|        |                                                                                                                                   |                   |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 2.3-17 | Les équipes respectent les recommandations et obligations vaccinales pour les professionnels de santé                             | 90%               |
| 2.3-18 | La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé | 67%               |
| 2.3-19 | Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants                                                 | Non<br>Applicable |
| 2.3-22 | Le transport des patients en intrahospitalier est maîtrisé                                                                        | 100%              |

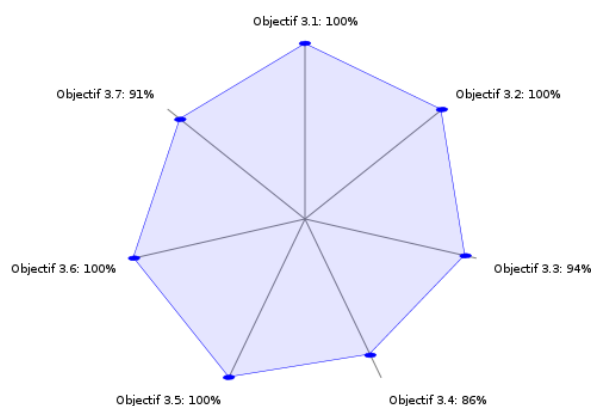
## Objectif 2.4 : Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle



Score de  
l'objectif  
**77%**

| Critères |                                                                                                                                         |      |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 2.4-01   | Les résultats cliniques sont analysés par l'équipe et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés | 80%  |
| 2.4-02   | Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'évaluation de la satisfaction et de l'expérience du patient       | 82%  |
| 2.4-03   | Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des résultats de leurs indicateurs             | 33%  |
| 2.4-04   | Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des évènements indésirables associés aux soins | 67%  |
| 2.4-07   | Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont mises en place.     | 100% |
| 2.4-08   | Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale sont mise en place                               | 100% |

## Chapitre 3 : L'établissement



Score du chapitre  
**96%**  
du score maximal

| Objectifs |                                                                                                              |      |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.1       | L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire                       | 100% |
| 3.2       | L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement                        | 100% |
| 3.3       | La gouvernance fait preuve de leadership                                                                     | 94%  |
| 3.4       | L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences                            | 86%  |
| 3.5       | Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance | 100% |
| 3.6       | L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté  | 100% |
| 3.7       | L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins                      | 91%  |

L'EPSM Morbihan est particulièrement identifié au sein de son territoire de santé. C'est un acteur majeur et moteur de la construction et la coordination des parcours de soins sur ce territoire pour garantir la continuité des soins notamment en santé mentale et éviter les ruptures de prise en charge des patients. Les projets de l'établissement sont intégrés au Projet Territorial de Santé Mentale du Morbihan (PTSM) impliquant l'ensemble des acteurs locaux du champ de la santé mentale. L'EPSM a formalisé de nombreux partenariats sur des filières de soins (filière addictologie, filière psychiatrique,...) et a signé de nombreuses conventions scellant les collaborations et les partenariats au sein du territoire (GCS du Golfe par exemple). Les modalités de communication avec les usagers et les médecins de ville sont définies avec une accessibilité téléphonique en continu. Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux résultats d'examens et les échanges d'informations confidentielles entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients. L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est promue et suivie. L'établissement communique également via son site internet. En matière de recherche, l'EPSM repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche et a mis en place un Comité Consultatif de Recherche Clinique en réponse à une orientation stratégique de son Projet d'Etablissement. L'EPSM Morbihan recueille la satisfaction et l'expérience du patient de multiples manières et l'analyse des résultats se fait en collaboration avec les représentants des usagers et des patients. L'établissement promeut et soutient les initiatives de partenariat avec des patients qui mettent leurs expertises au service de différents projets dans différents domaines : la construction

ou la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique, le soutien individuel ou collectif des patients en difficulté (pair-aidance), des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (médiateur santé pair), participation à des actions définies dans le PTSM, participation à l'écriture du nouveau livret d'accueil,.. L'EPSM veille à la bientraitance des patients accueillis. Un espace de réflexion éthique est en place, fort d'une composition pluridisciplinaire (professionnels, philosophe, professeur de droit, pair aidante). Des formations sont proposées aux professionnels sur le thème de la bientraitance et des documents ou des espaces d'échanges (supervisions, analyses de pratiques) permettent leur sensibilisation notamment à la lutte contre la maltraitance « ordinaire ». L'EPSM Morbihan veille à l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap et favorise l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité. L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une information dans le livret d'accueil. Les représentants des usagers sont pleinement associés à la CDU mais aussi à la vie de l'établissement. L'établissement a défini ses orientations stratégiques et notamment en termes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Leur déclinaison en objectifs stratégiques pouvant faire l'objet d'un plan d'actions est suivie dans le cadre de revues annuelles. Ces objectifs sont fondés sur un principe général de management par la qualité et la sécurité des soins. Il en va de même pour la définition collective de valeurs portées par l'EPSM. L'information des professionnels sur les actions concrètes du programme qualité (PAQSS) est assurée notamment dans le cadre de temps de réunion et d'échange. Des correspondants qualité polaires ont été identifiés. Le site Intranet de l'établissement, intégrant la gestion documentaire, est un outil de communication important et connu des professionnels. Le PAQSS est à disposition des professionnels dans cette gestion documentaire et connu. Il est présenté annuellement aux différentes instances de l'établissement qui peuvent ainsi apporter leur avis sur les actions proposées. L'adéquation entre les ressources humaines et la qualité et la sécurité des soins est organisée en tenant compte des tensions importantes portant sur le recrutement des effectifs médicaux et paramédicaux ayant conduit notamment à la réduction de l'offre de soins pour les unités d'hospitalisation complète. Les responsables peuvent bénéficier de formations ou de coaching en management et notamment sur l'entretien d'évaluation des professionnels. Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'accompagnement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité. Il existe une impulsion institutionnelle du travail en équipe soutenue par la gouvernance de l'EPSM et inscrite dans ses valeurs. La synchronisation des temps médicaux et para médicaux favorise ce travail en équipe. Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe. Une cellule d'intervention et d'écoute peut être mobilisée en cas de besoin pour les professionnels victimes directes ou indirectes d'un événement traumatisant. La gestion des conflits est organisée. Les difficultés de relations interprofessionnelles, interdisciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités connues des professionnels. Les organisations et les actions mises en place pour soutenir le travail en équipe dans l'ensemble des unités de l'EPSM n'ont pas amené la gouvernance à développer des démarches spécifiques et structurées de type PACTE reposant sur un engagement institutionnel. Les compétences des professionnels sont évaluées à échéance régulière et réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel annuel. Cette évaluation est complétée par un recueil régulier des souhaits de formation des professionnels et permet l'élaboration d'un programme de formation institutionnel et pluriannuel, comprenant à la fois des formations portées par l'établissement pour la mise en œuvre des projets de services et des actions de formation individuelles. Il existe un groupe de travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire portant sur la qualité de vie au travail (QVT). Ce groupe a suivi une formation sur ce sujet. La démarche QVT a été construite avec les professionnels qui sont invités à donner leur avis sur leur qualité de vie au travail pour nourrir l'évaluation de la démarche QVT. Il existe au sein des unités de travail des espaces et des temps de discussions collectives qui permettent de faire un diagnostic et des propositions concrètes sur les conditions et l'organisation du travail. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est structurée au sein de l'établissement. La gestion de la pandémie COVID 19 a été particulièrement optimisée en assurant la continuité des soins. Les plans d'alerte et de crise sont régulièrement actualisés et des exercices de déclenchement ont été mis en œuvre. Les situations à risque sont identifiées et font l'objet d'événements sentinelles (fugue, suicide ou tentative et erreur d'administration médicamenteuse). Les risques numériques sont maîtrisés. L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de

son fonctionnement et un plan d'actions au regard des enjeux du développement durable. Un COPIL territorial est en place et se réunit de manière régulière. Des indicateurs spécifiques sont définis. Le circuit des déchets est défini et de nombreuses actions d'amélioration ont été mises en œuvre. Les consommations d'eau et d'énergie sont suivies et des actions sont mises en place. En termes de prise en charge des urgences vitales, les professionnels de soins sont formés. Un matériel d'urgence est à disposition des professionnels. Il est contrôlé à échéance régulière et scellé afin de garantir à tout utilisateur la conformité de son contenu et de son intégrité en cas de situation urgente. L'EPSM a défini un calendrier de mise en œuvre d'exercices de mise en situation pour les unités de soins. La procédure et l'affichage du numéro d'appel unique et direct vers un médecin compétent en cas d'urgence vitale sont en place. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont accessibles aux équipes et la direction assure la transmission des recommandations nationales (veille documentaire) et des dispositions légales et réglementaires (veille juridique). L'EPSM n'a pas mis en œuvre, à l'échelle des pôles ou des unités, des revues de pertinence des admissions et des séjours permettant d'analyser et d'évaluer les résultats d'indicateurs d'activité. Seules quelques unités se sont dotées d'indicateurs spécifiques ou d'outils en ce sens (taux de ré-hospitalisation après prise en charge en hôpital de jour au CMPS de Saint-Avé, analyse de dossiers sur les situations complexes au CPPA, par exemple). L'évaluation de l'expérience du patient et du résultat clinique de son point de vue est prise en compte dans le programme d'actions qualité de l'EPSM, de même que les propositions d'amélioration pouvant être formulées par les représentants des usagers (groupes famille). La procédure de gestion des événements indésirables comprend les modalités de signalement, de déclaration, d'analyse et de suivi spécifiques des événements indésirables graves. L'analyse du traitement de deux événements indésirables graves dans le cadre de traceurs ciblés a permis d'évaluer la bonne mise en œuvre et la bonne connaissance de cette procédure par les professionnels de l'établissement.

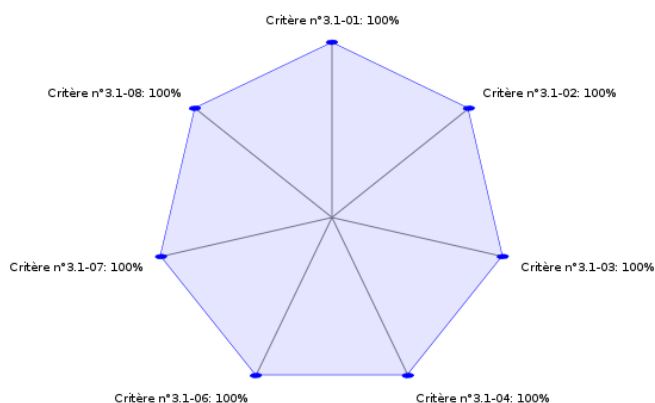
#### Observations de l'établissement sur la synthèse des experts-visiteurs

**Concernant le constat:** "Un COPIL territorial est en place et se réunit de manière régulière (Développement Durable)", il est à noter que le COPIL a d'abord été mis en place à l'échelle de l'établissement, puis il s'est étendu à l'échelon territorial. Le pilote est membre de l'équipe de Direction de l'EPSM.

#### Réponse de la HAS

Accepter partiellement

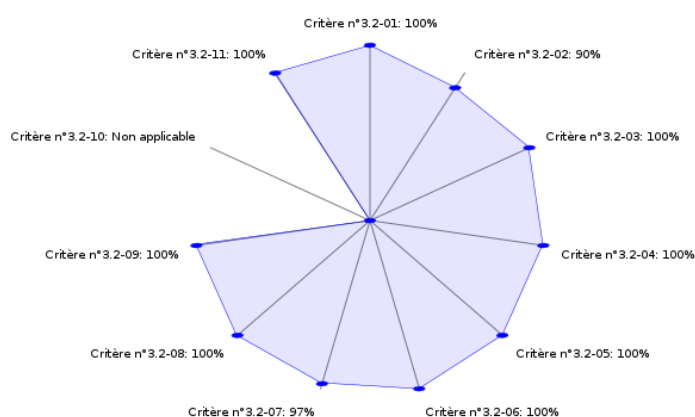
## Objectif 3.1 : L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                                                                      |      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.1-01   | L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours.                                                                                      | 100% |
| 3.1-02   | L'établissement participe à la coordination des parcours sur le territoire ou extraterritoire dans le cas d'activités de recours                     | 100% |
| 3.1-03   | L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)                                                         | 100% |
| 3.1-04   | L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville        | 100% |
| 3.1-06   | L'établissement contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgences générales                                               | 100% |
| 3.1-07   | Les modalités de communication permettent aux usagers et aux médecins de ville de contacter l'établissement aisément                                 | 100% |
| 3.1-08   | L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire | 100% |

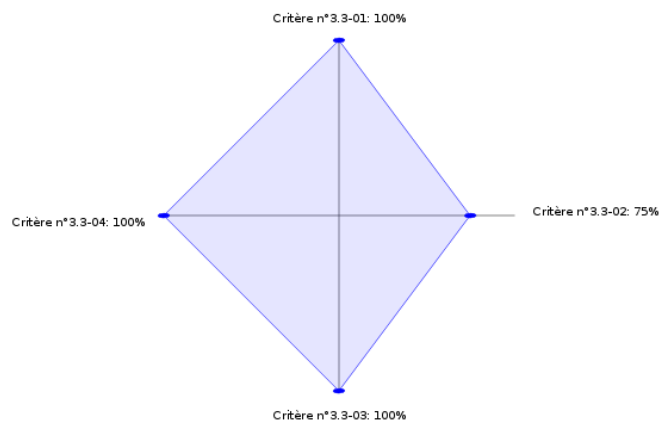
## Objectif 3.2 : L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement



Score de  
l'objectif  
**100%**

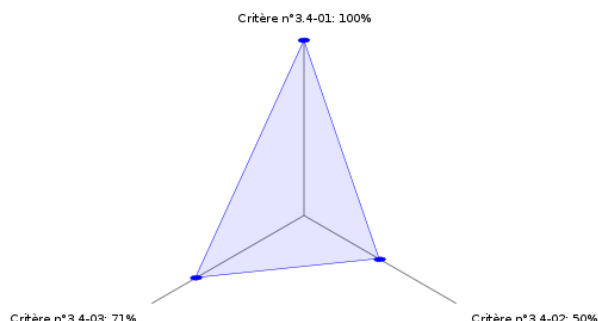
| Critères |                                                                                                                                                                                     |                |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 3.2-01   | L'établissement promeut toutes les formes de recueil de l'expression du patient                                                                                                     | 100%           |
| 3.2-02   | L'établissement mobilise les actions d'expertise des patients                                                                                                                       | 90%            |
| 3.2-03   | L'établissement a une communication centrée sur le patient                                                                                                                          | 100%           |
| 3.2-04   | L'établissement veille à la bientraitance                                                                                                                                           | 100%           |
| 3.2-05   | L'établissement participe à la lutte contre les situations et actes de maltraitance dont ont été victimes les patients                                                              | 100%           |
| 3.2-06   | L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein                                                                                                                  | 100%           |
| 3.2-07   | L'établissement assure l'accessibilité de ses locaux aux personnes vivant avec un handicap                                                                                          | 97%            |
| 3.2-08   | L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables, qu'il dispose ou non de missions spécifiques en la matière                                                    | 100%           |
| 3.2-09   | L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier                                                                                                      | 100%           |
| 3.2-10   | L'établissement porteur ou non de missions institutionnelles de recherche clinique favorise l'accès aux innovations pour les patients                                               | Non Applicable |
| 3.2-11   | L'établissement assure l'implication des représentants des usagers et des associations de patients au sein de l'établissement, dans les instances et dans la vie de l'établissement | 100%           |

## Objectif 3.3 : La gouvernance fait preuve de leadership



| Critères |                                                                                                                                |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.3-01   | La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins                                                    | 100% |
| 3.3-02   | L'établissement soutient une culture de sécurité des soins                                                                     | 75%  |
| 3.3-03   | La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge | 100% |
| 3.3-04   | Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management                                               | 100% |

## Objectif 3.4 : L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences



Score de  
l'objectif

**86%**

| Critères |                                                                                                  |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.4-01   | La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe                                          | 100% |
| 3.4-02   | La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe | 50%  |
| 3.4-03   | Les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes sont assurées      | 71%  |

## Objectif 3.5 : Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère n°3.5-01: 100%



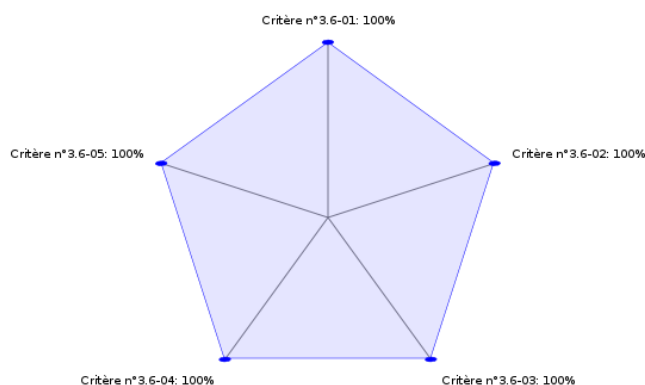
Critère n°3.5-02: 100%

Score de  
l'objectif

**100%**

| Critères |                                                                                                       |      |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.5-01   | La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)                                     | 100% |
| 3.5-02   | La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés inter-personnelles et des conflits | 100% |

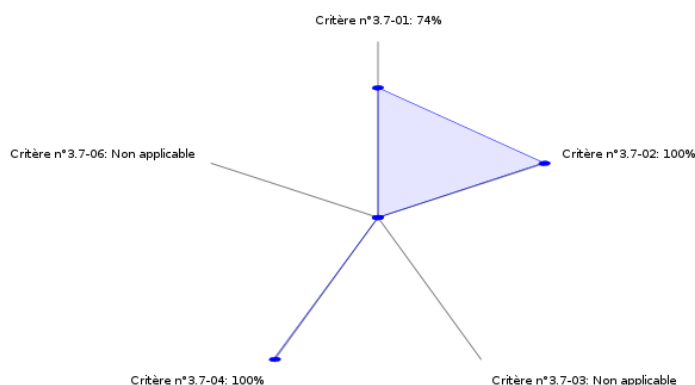
## Objectif 3.6 : L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté



Score de  
l'objectif  
**100%**

| Critères |                                                                                                  |      |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 3.6-01   | La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée | 100% |
| 3.6-02   | Les risques numériques sont maîtrisés                                                            | 100% |
| 3.6-03   | La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée                               | 100% |
| 3.6-04   | Les risques environnementaux et enjeux du développement durable sont maîtrisés                   | 100% |
| 3.6-05   | La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée dans l'enceinte de l'établissement         | 100% |

## Objectif 3.7 : L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins



| Critères |                                                                                                                          |                |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 3.7-01   | L'établissement soutient les revues de pertinence des pratiques                                                          | 74%            |
| 3.7-02   | L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité               | 100%           |
| 3.7-03   | Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement | Non Applicable |
| 3.7-04   | Les analyses des événements indésirables sont consolidées, exploitées et communiquées à l'échelle de l'établissement     | 100%           |
| 3.7-06   | L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement                                    | Non Applicable |

# Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite
- Annexe 4. Fiches Anomalies
- Annexe 5. Indicateurs de Qualité et de sécurité des soins

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

| Type de structure          | N° FINESS | Nom de l'établissement                       | Adresse                                                  |
|----------------------------|-----------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Établissement juridique    | 560002032 | EPSM MORBIHAN                                | 22 rue de l'hôpital<br>56896 Saint-Ave FRANCE            |
| Établissement géographique | 560027013 | Saint-Avé Argoat Appartement Thérapeutique   | 37 rue de l'hôpital<br>56890 Saint Avé FRANCE            |
| Établissement géographique | 560027310 | Appartement thérapeutique Vannes             | 25 rue MGR Trehiou<br>56000 VANNES FRANCE                |
| Établissement principal    | 560000382 | EPSM MORBIHAN                                | 22 rue de l'hôpital<br>56896 Saint Ave FRANCE            |
| Établissement géographique | 560024226 | CPEA - HJ HINLY - MUZILLAC                   | 32 rue du hinly<br>56190 Muzillac FRANCE                 |
| Établissement géographique | 560024200 | CPEA - HJ BLAISE PASCAL - VANNES             | 53 rue Blaise Pascal<br>56000 Vannes FRANCE              |
| Établissement géographique | 560024184 | HOPITAL JOUR - BROCELIANDE - PLOERMEL        | 30 bd laennec<br>56800 Ploermel FRANCE                   |
| Établissement géographique | 560024176 | HOPITAL JOUR - KERNIOL - VANNES              | Zone de kerniol<br>56000 Vannes FRANCE                   |
| Établissement géographique | 560024150 | HOPITAL JOUR VANNES EST- VANNES              | 4 rue de metz<br>56000 Vannes FRANCE                     |
| Établissement géographique | 560024127 | HOPITAL JOUR AN AVEL - VANNES                | 49 rue eugène delacroix<br>56000 Vannes FRANCE           |
| Établissement géographique | 560024101 | HOPITAL DE JOUR - DUGUESCLIN - LOCMINE       | 15 bis rue de la Bouillerie<br>56500 Locmine FRANCE      |
| Établissement géographique | 560023830 | HOPITAL DE JOUR - HUETTE - AURAY             | 19 au 21, Rue du Général La Houlle<br>56400 Auray FRANCE |
| Établissement géographique | 560009086 | HOPITAL DE JOUR Muzillac                     | 3, rue du stade<br>56190 Muzillac FRANCE                 |
| Établissement géographique | 560004780 | HOPITAL DE NUIT POUR ADULTES                 | 45 r de la fontaine<br>56000 Vannes FRANCE               |
| Établissement géographique | 560004723 | CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE JOUR POUR ENFANTS | Rue Francis Mayer<br>56800 Ploermel FRANCE               |

|                            |           |                                                      |                                                         |
|----------------------------|-----------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Établissement géographique | 560004350 | CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE ENFANTS ADOS                 | Zone de Kerjean<br>56500 Locmine FRANCE                 |
| Établissement géographique | 560004343 | CMPS de Saint-Avé                                    | 18, rue Ampère, Zone Kermelin<br>56890 Saint-Avé FRANCE |
| Établissement géographique | 560004335 | HJ ADOLESCENTS - MENIMUR - VANNES                    | 4 av edgar degas<br>56000 Vannes FRANCE                 |
| Établissement géographique | 560026403 | Vannes appartement thérapeutique A                   | 24, rue Aristide Briand<br>56000 VANNES FRANCE          |
| Établissement géographique | 560011884 | Addictologie Auray HJ                                | 2 rue du Pratel<br>56400 AURAY FRANCE                   |
| Établissement géographique | 560024002 | CMP CATTP - NIVILLAC                                 | 2 rue de la piscine<br>56130 NIVILLAC FRANCE            |
| Établissement géographique | 560017808 | ATELIER THERAPEUTIQUE                                | Le petit goeh er-vran<br>56500 MOREAC FRANCE            |
| Établissement géographique | 560016768 | CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE                       | FRANCE                                                  |
| Établissement géographique | 560022139 | PSYCHAITRIE DE LIAISON - CENTRE HOSPITALIER PLOERMEL | 7, rue du roi Arthur<br>56804 PLOERMEL FRANCE           |
| Établissement géographique | 560022089 | CMP INTER VANNES                                     | 11, rue Anita Conti<br>56000 VANNES FRANCE              |
| Établissement géographique | 560024192 | CMP ADULTES/ENFANTS                                  | La Vigne<br>56360 LE PALAIS FRANCE                      |
| Établissement géographique | 560017188 | HOPITAL DE JOUR CMP CATTP "LE TRECH"                 | 76 faubourg de la madeleine<br>56140 MALESTROIT FRANCE  |
| Établissement géographique | 560024085 | CHBA PSY LE LIAISON-UMP                              | 20 boulevard guillaudot<br>56000 VANNES FRANCE          |
| Établissement géographique | 560024135 | CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE                          | Place du général de gaulle<br>56230 QUESTEMBERT FRANCE  |
| Établissement géographique | 560023996 | CMP/CATTP SARZEAU                                    | 1A, rue Adrien Regent<br>56370 SARZEAU FRANCE           |
| Établissement géographique | 560016818 | CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE VALEMBOISE            | 11 rue Anita Conti<br>56000 VANNES FRANCE               |
| Établissement géographique | 560024242 | CMP/CATTP INFANTO-JUVENILE                           | 13 rue lebrun malard<br>56230 QUESTEMBERT FRANCE        |

|                            |           |                                  |                                                   |
|----------------------------|-----------|----------------------------------|---------------------------------------------------|
| Établissement géographique | 560005068 | HOPITAL DE JOUR INFANTO-JUVENILE | 27 rue pierre de courbertin<br>56400 AURAY FRANCE |
| Établissement géographique | 560010092 | LONG SEJOUR - CHS ST AVE         | 22 rue de l'hopital<br>56896 Saint-Ave FRANCE     |

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

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

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

|                                                                                |     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Maternité                                                                      |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique           | 0   |
| Ambulatoire                                                                    |     |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine                      | 0   |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie                     | 0   |
| Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique       | 0   |
| Tout l'établissement                                                           |     |
| Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine                     | 0   |
| Enfant et adolescent                                                           |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie                         | 0   |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie                     | 0   |
| Patient âgé                                                                    |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie                         | 0   |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie                     | 0   |
| Urgences                                                                       |     |
| Nombre de lit en UHCD                                                          | 0   |
| Activité Hospitalière SSR                                                      |     |
| Soins de suite et réadaptation                                                 |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR                               | 0   |
| Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR                           | 0   |
| Activité Hospitalière SLD                                                      |     |
| Soins de longue durée                                                          |     |
| Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD                               | 58  |
| Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)                                  |     |
| Chirurgie et interventionnel                                                   |     |
| Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)                               | 0   |
| Activité Hospitalière PSY                                                      |     |
| Psychiatrie et santé mentale                                                   |     |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein         | 311 |
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein | 12  |

|                                                                                       |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 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                   | 323     |
| Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour                      | 225     |
| Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour              | 92      |
| Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour       | 0       |
| Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour                         | 317     |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie générale                                               | 15      |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile                                       | 8       |
| Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire                                | 0       |
| Nombre Total de CATTP en Psychiatrie                                                  | 23      |
| Nombre de CMP en Psychiatrie générale                                                 | 75,464  |
| Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile                                         | 27,487  |
| Nombre Total de CMP en Psychiatrie                                                    | 102,951 |
| Sites opératoires et salles d'intervention                                            |         |
| Chirurgie et interventionnel                                                          |         |
| Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)          | 0       |
| Ambulatoire                                                                           |         |
| Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire                                   | 0       |
| Activité Hospitalière HAD                                                             |         |
| Hospitalisation à domicile                                                            |         |
| Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD             | 0       |

### Annexe 3. Programme de visite

| Nb | Méthode         | Sous-méthode              | Champs d'applicabilité                                                                                                                       | Description traceur |
|----|-----------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1  | Audit système   | Représentants des usagers |                                                                                                                                              |                     |
| 2  | Audit système   | Dynamique d'amélioration  |                                                                                                                                              |                     |
| 3  | Audit système   | Entretien Professionnel   |                                                                                                                                              |                     |
| 4  | Audit système   | Coordination territoriale |                                                                                                                                              |                     |
| 5  | Audit système   | Engagement patient        |                                                                                                                                              |                     |
| 6  | Patient traceur |                           | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Programmé |                     |
| 7  | Patient traceur |                           | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Programmé               |                     |
| 8  | Patient traceur |                           | Tout l'établissement<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé  |                     |
| 9  | Patient traceur |                           | Tout l'établissement<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte                                           |                     |

|    |                 |                                          |                                                                                                                                             |                                  |
|----|-----------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|    |                 |                                          | Hospitalisation complète<br>Programmé                                                                                                       |                                  |
| 10 | Traceur ciblé   | Transport intra-hospitalier des patients |                                                                                                                                             | Transport entre 2 services-assis |
| 11 | Patient traceur |                                          | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Programmé              |                                  |
| 12 | Patient traceur |                                          | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Programmé              |                                  |
| 13 | Patient traceur |                                          | Tout l'établissement<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |                                  |
| 14 | Audit système   | Entretien Professionnel                  |                                                                                                                                             |                                  |
| 15 | Patient traceur |                                          | Tout l'établissement<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |                                  |
| 16 | Patient traceur |                                          | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap                                             |                                  |

|    |                 |  |                                                                                                                                                  |  |
|----|-----------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|    |                 |  | Psychiatrie et santé mentale<br>Programmé                                                                                                        |  |
| 17 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Programmé              |  |
| 18 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Programmé                   |  |
| 19 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Programmé                   |  |
| 20 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé      |  |
| 21 | Patient traceur |  | Tout l'établissement<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |  |
|    | Patient         |  | Tout l'établissement                                                                                                                             |  |

|    |                 |                         |                                                                                                                                              |  |
|----|-----------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 22 | traceur         |                         | Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé                          |  |
| 23 | Patient traceur |                         | Tout l'établissement<br>Maladie chronique<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé                 |  |
| 24 | Patient traceur |                         | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Programmé          |  |
| 25 | Patient traceur |                         | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Programmé               |  |
| 26 | Audit système   | Entretien Professionnel |                                                                                                                                              |  |
| 27 | Audit système   | Entretien Professionnel |                                                                                                                                              |  |
| 28 | Patient traceur |                         | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Programmé |  |

|    |                  |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
|----|------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 29 | Parcours traceur |                         | Tout l'établissement<br>Maladie chronique<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Hospitalisation complète<br>Programmé                                                                                                                                                                                               |  |
| 30 | Audit système    | Entretien Professionnel |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 31 | Parcours traceur |                         | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Patient en situation de précarité<br>Maladie chronique<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Pas de situation particulière<br>Hospitalisation complète<br>Programmé                        |  |
| 32 | Audit système    | Entretien Professionnel |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 33 | Parcours traceur |                         | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Enfant et adolescent<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Patient en situation de précarité<br>Maladie chronique<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Médecine<br>Pas de situation particulière<br>Hospitalisation complète |  |

|    |                  |                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
|----|------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|    |                  |                                                | Programmé                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |
| 34 | Audit système    | Entretien Professionnel                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| 35 | Audit système    | Maitrise des risques                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| 36 | Patient traceur  |                                                | Tout l'établissement<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Soins de longue durée<br>Hospitalisation complète<br>Programmé                                                                                                                                                                       |                                |
| 37 | Patient traceur  |                                                | Tout l'établissement<br>Enfant et adolescent<br>Patient en situation de handicap<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Hospitalisation complète<br>Programmé                                                                                                                                                       |                                |
| 38 | Parcours traceur |                                                | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Patient en situation de précarité<br>Maladie chronique<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Adulte<br>Médecine<br>Pas de situation particulière<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |                                |
| 39 | Traceur ciblé    | Circuit du médicament et des produits de santé |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Médicament à risque injectable |
| 40 | Traceur ciblé    | Gestion des évènements indésirables graves     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Gestion des EIG                |

|    |                  |                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |
|----|------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 41 | Traceur ciblé    | Gestion des événements indésirables graves |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Gestion des EIG                   |
| 42 | Traceur ciblé    | Transport intra-hospitalier des patients   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Transport entre 2 services-couché |
| 43 | Parcours traceur |                                            | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient âgé<br>Patient en situation de handicap<br>Patient en situation de précarité<br>Maladie chronique<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Soins de longue durée<br>Médecine<br>Pas de situation particulière<br>Hospitalisation complète<br>Programmé          |                                   |
| 44 | Parcours traceur |                                            | Tout l'établissement<br>Ambulatoire<br>Enfant et adolescent<br>Patient atteint d'un cancer<br>Patient en situation de handicap<br>Patient en situation de précarité<br>Maladie chronique<br>Psychiatrie et santé mentale<br>Soins de longue durée<br>Médecine<br>Pas de situation particulière<br>Hospitalisation complète<br>Programmé |                                   |
| 45 | Audit système    | QVT & Travail en équipe                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |
| 46 | Audit système    | Leadership                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |

|    |               |                                                |  |                                        |
|----|---------------|------------------------------------------------|--|----------------------------------------|
| 47 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé |  | Antibiotique per os ou injectable      |
| 48 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé |  | Antibiotique per os ou injectable      |
| 49 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins  |  | Précautions standard et complémentaire |
| 50 | Traceur ciblé | Prévention des infections associées aux soins  |  | Précautions standard et complémentaire |
| 51 | Traceur ciblé | Circuit du médicament et des produits de santé |  | Médicament à risque per os             |
| 52 | Traceur ciblé | Gestion des produits sanguins labiles          |  | Gestion des PSL                        |

---

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

---

