



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CHU BESANÇON

3 boulevard alexandre fleming
25030 Besancon



Validé par la HAS en Novembre 2023

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	17
Table des Annexes	21
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	22
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	23
Annexe 3. Programme de visite	27

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CHU BESANÇON	
Adresse	3 boulevard alexandre fleming 25030 Besancon Cedex FRANCE
Département / Région	Doubs / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier Universitaire

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	250000015	CHU DE BESANÇON	3 boulevard alexandre fleming 25030 Besancon Cedex FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

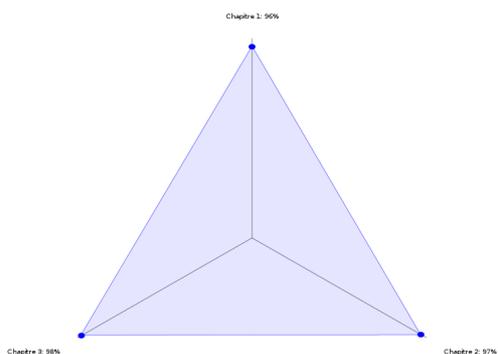
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

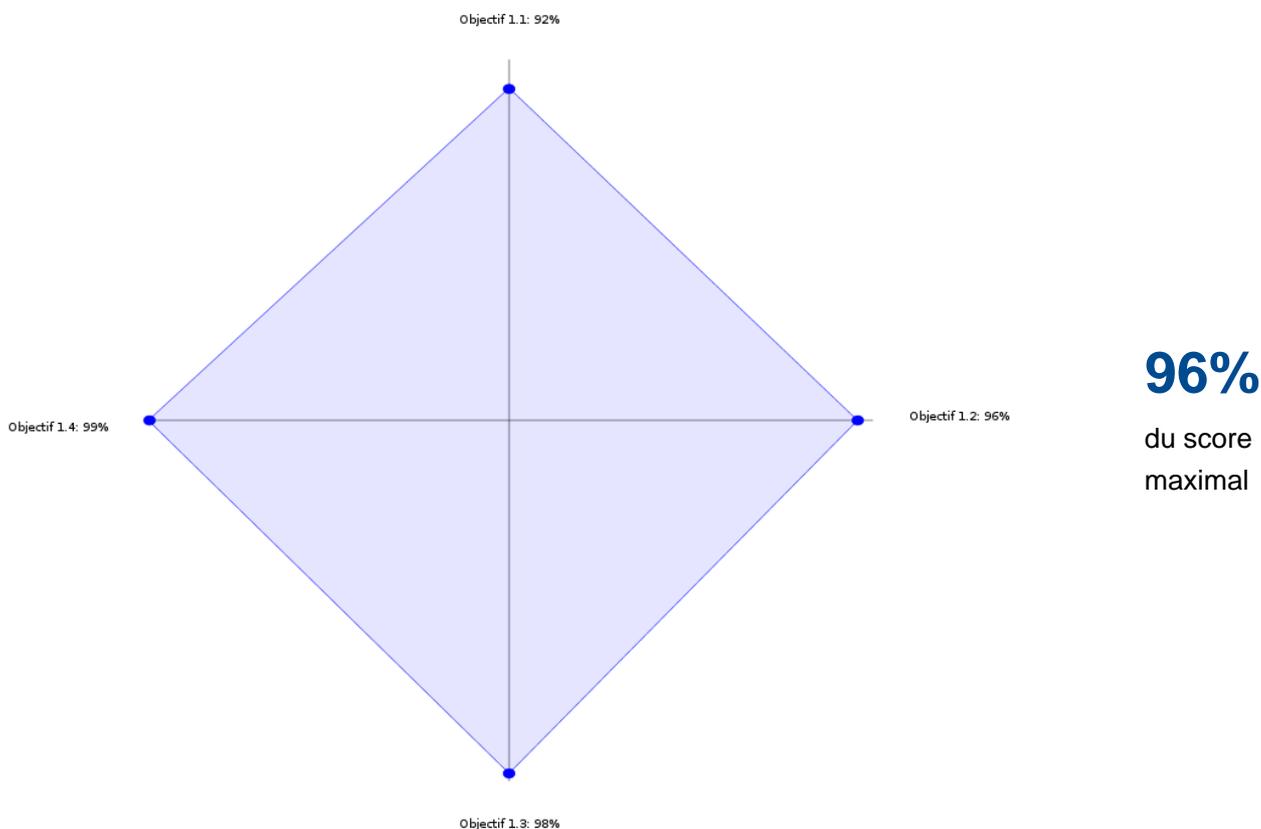
Au regard du profil de l'établissement, [125](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

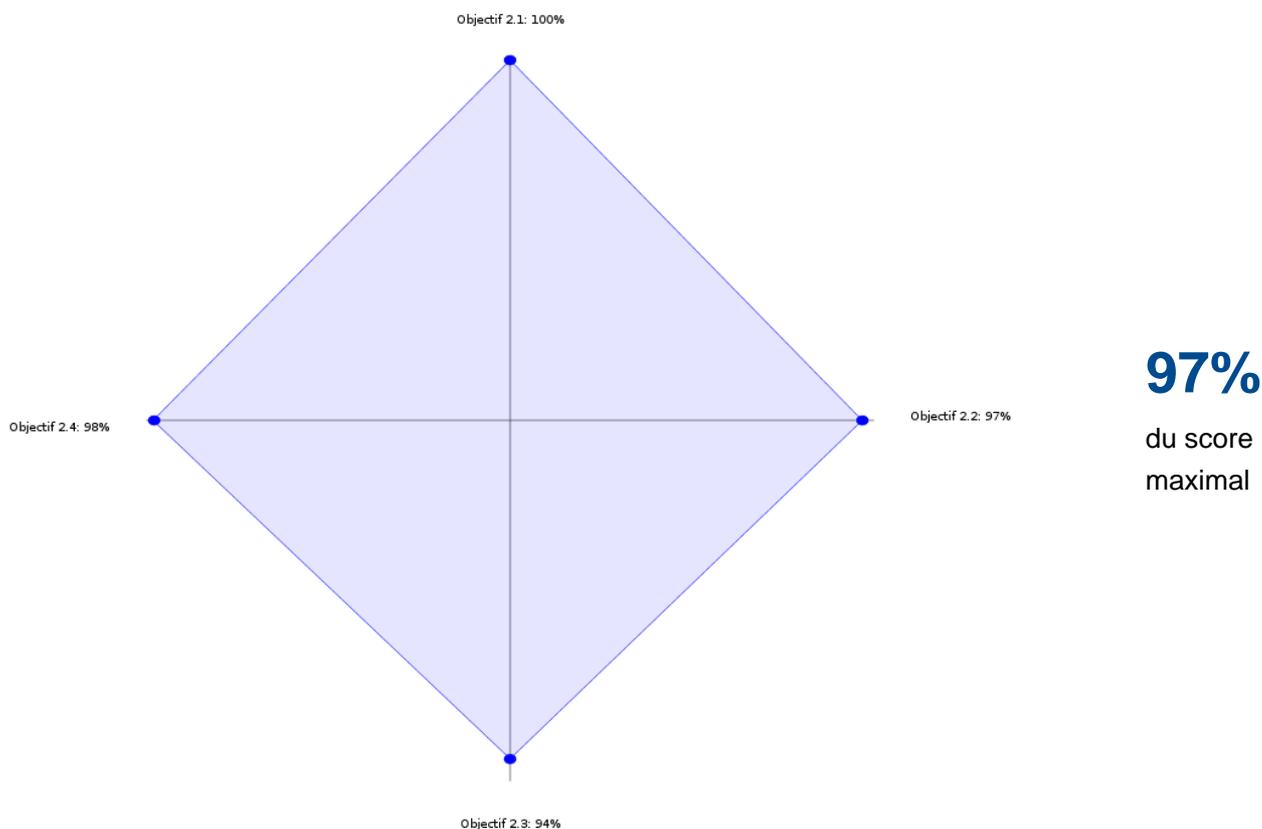


Objectifs		
1,1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1,2	Le patient est respecté.	96%
1,3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	98%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Le centre hospitalier universitaire de Besançon reçoit des patients adultes et enfants nécessitant des soins de médecine de chirurgie et de psychiatrie. Une maternité de niveau III complète le dispositif de prise en charge. La politique qualité et sécurité des soins comporte plusieurs axes sur les droits des patients avec un engagement de la direction et de la CME (commission Médicale d'établissement). Deux axes sont particulièrement mis en exergue « La bientraitance, l'éthique et l'information au centre des valeurs de l'établissement » et « L'incitation à l'implication de la participation des patients pour mieux adapter les organisations ». Cette politique est déclinée sur le terrain. L'information du patient est assurée et son implication est recherchée dans l'ensemble des secteurs d'activités et quelles que soient les modalités de prise en charge et des types d'hospitalisations complètes ou ambulatoires, dans les secteurs adultes et enfants.

L'information délivrée est adaptée au degré de discernement. Le patient, adulte ou adolescent exprime son consentement sur son projet de soins et les futurs parents peuvent établir un projet de naissance en maternité. Le patient est informé par le livret d'accueil et les professionnels. Les diverses chartes et informations sont affichées et sont en adéquation avec le type de prise en charge. La trace de l'information médicale donnée au patient et/ou à sa famille est retrouvée dans les dossiers. L'information sur les soins et la prise en charge est réalisée. Des supports de type « passeports » sont disponibles en ambulatoire. Des ateliers d'éducation thérapeutique sont en place dans des disciplines. L'information relative à l'administration de produits sanguins labiles ou de médicaments dérivés du sang et des dispositifs médicaux implantés est réalisée. L'accès aux soins palliatifs est facilité. Bien que ces éléments soient affichés dans les services et les couloirs ou bien imprimés dans le livret d'accueil, des patients rencontrés ne connaissaient pas tous les représentants des usagers, la manière de déclarer un évènement indésirable et la possibilité de rédiger des directives anticipées. Les comportements des professionnels sont adaptés à chaque patient. Ils prennent en compte la pathologie, le handicap et si besoin la précarité. Le respect de la dignité et de la confidentialité sont assurés par les professionnels pendant tout le parcours du patient y compris lors des transports et des gestes techniques. Il existe de nombreuses chambres à un lit et celles à deux lits sont le plus souvent équipées de rideaux séparateurs. Les locaux de l'établissement sont adaptés d'une façon générale aux différents types de handicaps et permettent la libre circulation des personnes à mobilité réduite. Néanmoins dans quelques locaux qui n'ont pas encore bénéficié de rénovations, le nombre de douche est limité. Malgré la mise en place de rideaux séparateurs et les précautions des professionnels, la salle d'attente des urgences des malades en attente de résultats ou d'un lit ne permet pas de respecter complètement l'intimité des patients lorsqu'il y a une affluence dans le service. Les locaux de pédiatrie et de pédopsychiatrie sont parfaitement adaptés à la prise en charge des enfants néanmoins lorsqu'un enfant passe par des consultations adultes ou en ambulatoire, les locaux ne prévoient pas de lieu spécifique pour les recevoir. La douleur du patient est évaluée régulièrement et prise en charge avec un traitement adapté cependant il a été parfois constaté que des prescriptions d'antalgiques « si besoin » n'étaient pas étayées sur la base d'une échelle d'évaluation reconnue. Il y a peu de contentions et lorsque celles-ci sont nécessaires les règles de prescriptions et de surveillance sont respectées. Le service de pédopsychiatrie a engagé une réflexion pour les limiter, voire les supprimer. Les patients en situation de handicap ou âgés bénéficient d'action de soutien et de maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour. La bientraitance est un attendu de l'établissement. Les détenues bénéficient d'une prise en charge adaptée. Les proches et/ou les aidants sont associés à la prise en charge du patient avec son accord. Les coordonnées et le nom de la personne de confiance et de la personne à informer sont retrouvées dans les dossiers. Les coordonnées pour joindre directement les services sont données aux familles. En pédiatrie les locaux sont équipés pour permettre la présence d'un parent, leur présence est facilitée par les équipes. Il existe des groupes de parole pour la fratrie et les parents en hématologie. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge et pour sa sortie. L'accès à la scolarisation des mineurs (somatique et psychiatrie) est facilitée par la présence de membres de l'éducation nationale et de relations avec les établissements scolaires. Le contexte social est pris en compte, une permanence d'accès aux soins est active sur le CHU. En psychiatrie, un accompagnement à l'inclusion sociale est organisé.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	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	97%
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	98%

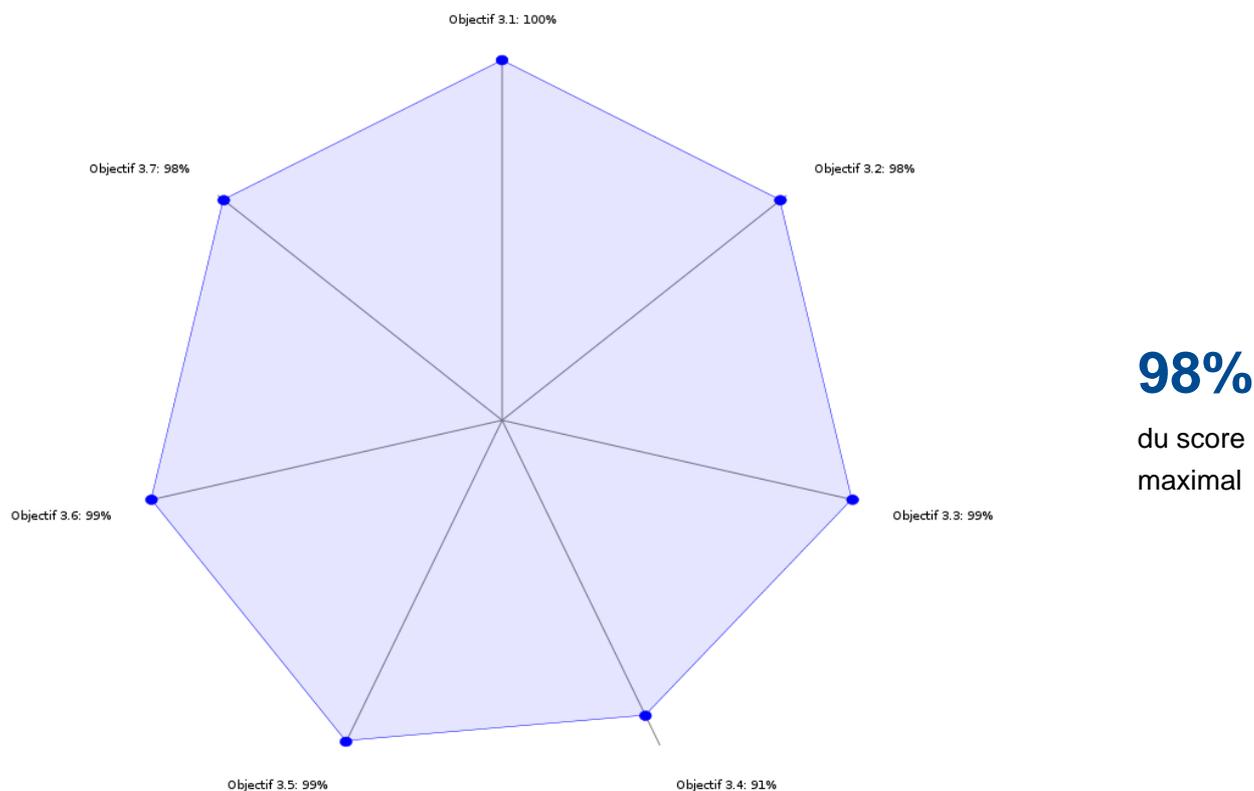
La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée et retrouvée dans les dossiers médicaux. Les décisions thérapeutiques complexes sont discutées lors des réunions de synthèse ou des staffs pluridisciplinaires par exemple réunions de concertation pluridisciplinaires en oncologie, limitation des traitements pour des soins palliatifs, ... La pertinence des parcours des personnes âgées a fait l'objet de réflexions de la part de l'établissement. Elles ont débouché sur l'amélioration de la prise en charge et évité chaque fois que cela était possible le recours aux urgences par un accès direct au service concerné. La lutte contre l'antibiorésistance est organisée notamment par une justification, une réévaluation systématique de la prescription entre 48 et 72h00. Ces points sont retrouvés dans les dossiers. Des spécialistes sont disponibles pour aider les praticiens dans la prescription d'antibiotiques et aider à la pertinence du choix de la bonne

molécule. Une commission des antibiotiques et anti-infectieux est opérationnelle. Des formations sont organisées notamment pour les juniors. Des praticiens du CHU participent à la cellule régionale de l'antibiothérapie avec création de recommandations pour le GHT. Il y a une session commune avec le CHU de Dijon pour élaborer ces recommandations. Un guide du bon usage de l'antibiothérapie est disponible pour les médecins. L'argumentation bénéfique risque des transfusions sanguines est bien tracée dans les dossiers. La pertinence de l'utilisation des produits sanguins labiles est évaluée. Des E.P.P. ont été mise en place notamment en pédiatrie avec une mise en place de recommandations pour la prescription et l'administration. Une réflexion sur les contentions est engagée en psychiatrie et le recours aux mesures de restriction des libertés y est systématiquement évalué. La pertinence des orientations par le SAMU est organisée et évaluée. L'adéquation des pratiques est conforme aux recommandations auxquelles participent des praticiens de l'établissement au sein de leurs sociétés savantes respectives. Le parcours du patient est coordonné afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. La prise en charge des patients est multi professionnelle : La traçabilité de la coordination et de l'ensemble des professionnels est retrouvée dans les dossiers patients. Plusieurs équipes mobiles interviennent sur l'établissement notamment une gériatrique (sur plusieurs établissements et avec une permanence téléphonique), une de soins palliatifs, une pour la lutte contre la douleur, une pour la médecine physique et de réadaptation... Des praticiens interviennent aussi pour chaque spécialité. Des revues de concertations pluri professionnelles sont organisées. Des staffs sont réalisés dans tous les services et inter services. Dans le dossier patient on retrouve tous les attendus de bonnes pratiques. Il contient tous les éléments nécessaires à la prise en charge : Recueil de données, antécédents et comorbidités, allergies, motifs d'hospitalisation, traitement, résultats de bilans, personne de confiance, analyse bénéfique risque... Tous les intervenant tracent leurs actions thérapeutiques ou préventives. Cependant la gestion du dossier est complexe du fait de la multiplicité des supports disponibles. Le CHU est engagé dans la mise en place d'un dossier patient informatisé dont le déploiement dans les unités débutera en octobre 2023. De fait dans certains services une partie du dossier est sous format papier. Par ailleurs les interfaces avec les applications métiers spécialisées ne sont pas toutes basées sur les standards d'interopérabilité. La lettre de sortie et /ou lettre de liaison de sortie se fait dans un logiciel dédié accessible à tous les praticiens ce qui permet au praticien qui reçoit le patient d'avoir accès aux données antérieures. Il en est de même pour l'imagerie médicale et les résultats de laboratoires. Le logiciel permet que les lettres de sortie alimentent directement et de façon automatique le dossier médical partagé. Le déploiement du logiciel dossier patient va se faire progressivement pour l'ensemble du Groupe Hospitalier de Territoire. Pour les adolescents atteints de maladies chroniques en pédiatrie et en pédopsychiatrie, la transition du passage vers les services adultes est organisée avec notamment des consultations communes, des visites de services, En psychiatrie, l'examen somatique est systématiquement réalisé et tracé. En pédopsychiatrie, il n'y a pas de mesure d'évaluation formelle des délais d'entrée en hospitalisation. Les urgences sont reçues par filières spécialisées avec des parcours et des locaux d'accueil différenciés : Adultes, polytraumatisés, pédiatrie, psychiatrie, cardiologie, A.V.C., gynéco-obstétrique. Au niveau des urgences adultes, une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) reçoit les patients mais son positionnement est après l'accueil administratif. Au niveau de la pédiatrie, il n'y a pas toujours une IAO mais l'accueil administratif est fait par une aide-soignante. Dans ce secteur, il n'y a pas de visuel direct sur la salle d'attente des enfant assis. L'établissement est engagé dans plusieurs programmes d'éducatons thérapeutiques dont le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, ... Les règles de vérification de l'identité sont définies. Les patients de MCO bénéficient tous d'un bracelet d'identification. La pharmacie à usage intérieur (PUI) est certifiée ISO 9001 depuis 2018. L'équipe est en lien avec la pharmacovigilance du CHU. Les circuits d'alerte descendante et ascendante sont maîtrisés. Dans le cadre de la rétrocession le service est joignable par les patients. Une plaquette d'information est remise aux usagers de la rétrocession. Les pharmaciens de ville et les sites conventionnés peuvent joindre facilement la pharmacie du CHU. Un interne de garde est joignable 24h/24 et permet la distribution de médicaments en urgence. Une conciliation médicamenteuse est réalisée pour la gériatrie avec notamment une intervention des pharmaciens. Des pharmaciens interviennent aussi dans les R.C.P et dans des staffs cliniques notamment en infectiologie et

en chirurgie. Les prescriptions sont informatisées et font systématiquement l'objet d'une validation pharmaceutique dans les 24 premières heures. Au cours du séjour, les prescriptions sont revues par les pharmaciens selon la présence de certaines problématiques et selon la présence de médicaments à risque. Dans les services où les prescriptions sont manuelles (réanimations), un pharmacien effectue une validation dans ces services. Les prescriptions scripturales ne sont pas toujours effectuées en dénomination commune internationale et l'heure des prescriptions n'est pas toujours retrouvée. Dans les services, l'administration est effectuée en se basant sur les prescriptions inscrites dans le logiciel qui permet de produire pour les injectables des étiquettes conformes. Dans un service non informatisé, une préparation d'injectable a été faite à partir d'une étiquette recopiée à la main. L'établissement a élaboré une liste commune des médicaments à risque. Ces derniers sont inscrits sur une liste où chaque unité coche les molécules utilisées dans l'unité. L'étiquetage des médicaments à risque stockés est spécifique. De nombreuses formations sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse ont eu lieu dont des « Escape Gamme » et les « Never Event ». L'établissement a mis en place une réflexion et des actions sur les médicaments à risque notamment sur le KCL qui fait l'objet d'un circuit de dispensation sécurisé et séparé des autres médicaments pour lequel un double contrôle a été mis en place. Le rangement des médicaments dans les armoires des unités de soins se base sur une séparation des voies d'administration et une identification des médicaments à risque aussi bien en façade de l'armoire qu'à l'intérieur du tiroir de rangement. Cependant dans des unités celui-ci a été retrouvé dans le même tiroir que les autres ions, ce qui ne correspond pas aux recommandations de décembre 2022 de l'ANSM. Dans une unité de réanimation, l'armoire à pharmacie était ouverte, le système de fermeture/ouverture étant complexe et faisant perdre du temps aux professionnels, une autre armoire a été commandée et est en attente de livraison. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques permettant la continuité du traitement médicamenteux de l'admission grâce à une procédure connue de tous précisant les horaires d'ouverture et le retrait des dépannages qui se font dans un SAS sécurisé. Le C.H.U. a mis en place une lutte contre les infections nosocomiales notamment par les interventions d'une équipe d'hygiénistes. Les précautions standards et complémentaires sont respectées. Des audits sur l'hygiène sont organisés et suivis de plan d'actions si nécessaire. Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont maîtrisées par les équipes. Toutefois, le délai d'injection ne correspond pas tout à fait à celui noté sur la procédure. L'environnement au bloc opératoire et dans le secteur d'endoscopies est conforme en matière de propreté, d'hygiène et de maîtrise du risque infectieux. La check-list « sécurité patient », est réalisée. Au niveau de la maternité la prise en charge des hémorragies du post-partum est organisée notamment avec un code rouge. La prise en charge en ambulatoire respecte les règles de bonnes pratiques, toutes les infirmières sont formées au score de Chung par compagnonnage mais sans formalisation. Au niveau des rayonnements ionisants, la dose reçue par le patient est retrouvée sur tous les comptes rendus. Le logiciel permet d'obtenir un cumul des doses reçues par le patient. En cas de dépassement ou de risque de dépassement de dose, celui-ci envoie une alerte au praticien et au physicien responsable du secteur. La sortie du patient est organisée en fonction de son autonomie et en lien avec l'aval. Une fiche de liaison est dans la plupart du temps remise au moment de la sortie. Un compte rendu d'hospitalisation est par contre envoyé systématiquement après la sortie. Ces derniers ne contiennent pas toujours un état comparatif des traitements d'avant l'hospitalisation avec celui de la sortie. Pour les transferts vers un autre établissements, les patients partent toujours avec une fiche de liaison contenant tous les éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge. Les transports intra-hospitaliers sont effectués par du personnel formé avec du matériel adapté. Ils respectent les règles d'hygiène, d'identification, de confort et de respect de l'intimité des patients. Les déclarations d'événements indésirables liés aux soins sont effectuées. Des Revues de Morbi Mortalité et des retours d'expérience existent dans tous les services et engendrent des plans d'actions suivis et évalués. Des évaluations des pratiques professionnelles sont mises en œuvre. Un nombre important d'indicateurs est suivi par la pharmacie. Des objectifs d'actions sont définis autour du nombre d'entretiens pharmaceutiques pour les primo-consultants de la rétrocession, le délai de mise à disposition des médicaments, du nombre et du suivi des commentaires effectués lors de la validation

pharmaceutique pour les services, ... Un PAQSS du comité de bon usage des produits de santé est suivi par le pôle, notamment en revue de direction. Les actions sont connues des professionnels de la PUI. Des revues de pertinence sont suivies de manière régulière (ex. : IPP, carbapénème...). Les résultats sont discutés avec les équipes médicales concernées. La coordination des prélèvements multi organe est organisée, fonctionnelle et suit les indicateurs nationaux. Dans un service de réanimation, il n'y avait pas de suivi formalisé d'un indicateur spécifique en soins critiques, c'est à dire le suivi des ré-hospitalisations à 48-72h00.

Chapitre 3 : L'établissement



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	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	91%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	99%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon a défini ses orientations stratégiques au sein du groupe hospitalier de territoire (GHT) de Franche Comté et avec des établissements partenaires publics et privés. Le CHU dispose d'une cellule territoriale mensuelle avec un mailing-List des établissements du territoire du G.H.T. Le CHU de Besançon a établi des conventions de coopérations (environ 150). Il est l'établissement support du

GHT-FC qui comprend 12 établissements. Des coopérations sont opérationnelles notamment avec un CPTS et une HAD. Par ailleurs une IDE de coordination de cet HAD, dédiée au CHU, est présente au sein de l'établissement et facilite les parcours. Dans le cadre de sa politique « d'aller-vers », le CHU s'appuie sur plusieurs équipes territoriales et postes de praticiens partagés. 152 praticiens interviennent sur d'autres établissements de Franche-Comté, notamment en oncologie, neurologie, néphrologie, chirurgie, gastro-entérologie et ORL. La télémédecine et la télé expertise sont opérationnelles pour la neurologie, la neuroradiologie interventionnelle (AVC) et la dermatologie. Des équipes mobiles de gériatrie, de soins palliatifs, de coordination de prélèvement d'organe et de tissu se déplacent dans les établissements du territoire. Le CHU a développé un fort engagement dans la filière de prise en charge de la personne âgée. Une plateforme téléphonique est en place pour assurer une régulation de la prise en charge des personnes âgées afin de limiter le passage par les urgences. Le CHU comptabilise 9 fédérations médicales inter hospitalières actives et deux en projets (cardiologie, ORL). Le CHU est membre de la CPTS "Capacités" implantée sur le territoire du Grand Besançon. Le CHU de Besançon a la spécificité de : - Recevoir des patients de médecine, chirurgie, obstétrique et de psychiatrie mais sans unités de soins d'hospitalisation sans consentement ni structure d'aval médico-sociale - D'avoir une régulation des appels couvrant quatre départements de la Franche-Comté - D'avoir une activité de cancérologie pour toute la Franche comté (fonction de Comité de lutte contre le cancer, coordonnée par l'institut régional fédératif de cancer. - De disposer de 52 centres de compétences pour les maladies rares L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et des compte-rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires. Le CHU de Besançon a mis en place des dispositifs permettant la continuité des soins après la sortie de l'hospitalisation complète : avec un développement des prises en charge de suivi en ambulatoire, en HDJ, ... L'établissement développe l'écoute et la participation des patients afin d'améliorer ses organisations. Les résultats des enquêtes de satisfaction des patients sont connus par le management et les professionnels et sont utilisés pour développer des plans d'actions pour abonner la prise en charge. L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients par le biais du déploiement de l'enquête de satisfaction e-Satis. Afin de permettre l'appropriation des résultats par les équipes de soins, un tableau de bord semestriel par service (résultats + verbatim) est à disposition dans l'intranet de l'établissement. De plus un questionnaire papier est également à disposition des patients qui le souhaitent. Des questionnaires spécifiques existent pour des services en hôpital de jour. Les résultats sont affichés dans toutes les unités visitées. Le CHU est engagé dans plusieurs démarches RAAC en chirurgie digestive et en gynécologie où l'expérience patient est analysée après chaque prise en charge. L'Unité Transversale pour l'éducation du Patient mobilise l'expertise patients dans ses formations et ses programmes d'éducation thérapeutique. Les associations sont fortement engagées pour améliorer le séjour des patients notamment en pédiatrie. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge en particulier par une information sur l'analyse des plaintes et les déclarations d'événements indésirables. Néanmoins le projet des usagers n'est pas finalisé. La promotion de la bientraitance est un engagement de la gouvernance. Une procédure de repérage des situations de maltraitance est à disposition de l'encadrement et des personnels. Une procédure de repérage des violences intrafamiliales, ainsi que la conduite à tenir est définie avec la médecine légale, les urgences traumatologiques, le service social, la gynécologie., la pédiatrie. De plus le CHU dispose d'une unité d'accueil pédiatrique enfance en danger. Cette unité accueille soit sur réquisition soit hors réquisition des enfants pour lesquels des violences sont suspectées. Des formations à la communication avec les patients sont mises en place. L'accès du patient à son dossier est organisé. Le délai médian est de 6 jours pour les dossiers de plus de 5 ans et de moins de 5 ans. La démarche qualité est coordonnée au sein du GHT avec des évaluations inter établissements. Au niveau du CHU de Besançon, la politique qualité est déclinée par le management à travers des objectifs et un suivi des plans d'actions au plus près du terrain par les responsables qualité de chaque secteur (un médecin et un cadre), chaque pôle étant aidé par un ingénieur qualité. Des démarches d'évaluation sont organisées sous forme d'audits, d'évaluation des pratiques professionnelles, de patients traceurs, de parcours traceurs et d'indicateurs dont des indicateurs de pratiques cliniques dans certaines spécialités. Les équipes et le management sont

impliqués dans la démarche d'amélioration et de la sécurité des soins. L'évaluation de la culture qualité et sécurité des soins a été réalisée avant la crise sanitaire du Covid. Les équipes sont aussi force de proposition pour la mise en place d'actions d'amélioration. Au niveau des ressources humaines, l'établissement a dû adapter son activité (fermeture de plus de 100 lits) pour sécuriser la prise en charge. La crise Covid a entraîné des difficultés pour recruter dans pratiquement toutes les catégories professionnelles. L'établissement a identifié les risques et met en œuvre toutes mesures nécessaires pour y remédier. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent et se déclinent à tous les niveaux du CHU : Institutionnel, directions fonctionnelles, pôles, services, équipes... Une démarche d'accréditation en équipe a été initiée en gastro-entérologie en octobre 2021. Douze praticiens sont engagés dans la démarche. La chirurgie pédiatrique a un projet d'accréditation en équipe. Des travaux issus d'un des axes du projet-médical et de soins 2022-2026, sont engagés pour améliorer la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux dans les services où cela est nécessaire. L'adéquation des missions et des compétences des professionnels (médicaux, paramédicaux, administratifs, logistiques et techniques) est basée sur des fiches de poste détaillées et sur une politique de formation structurée et adaptée aux besoins des secteurs d'activité. Les compétences des agents sont évaluées lors des entretiens professionnels, qui permettent également de définir les actions de formation à développer. Une politique de DPC médical et de formation est mise en œuvre dans le cadre de la commission du DPC médical. Le CHU disposait d'un Comité d'Ethique qui s'est interrompu en décembre 2022. Une recomposition est en cours avec pour objectif de le relancer en automne 2023. Le CHU peut solliciter l'espace éthique régional en cas de besoin. Une formation à l'éthique biomédicale clinique est proposée aux personnels médicaux. Il est prévu que les représentants des usagers participent à la réflexion éthique lorsque le nouveau comité sera opérationnel. La politique qualité de vie au travail est traduite dans le cadre du Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail et dans le projet social. Les représentants du personnel sont associés à la démarche. La politique QVT a été structurée au sein de l'établissement en s'appuyant sur les données du bilan social, du rapport annuel du SST et des éléments quantitatifs et qualitatifs relatifs aux accidents du travail. Des questionnaires thématiques sur des axes de la QVT ont été réalisés auprès du personnel. Un appel à projet interne sur « vivre et travailler ensemble au CHU » a donné lieu à des actions (création d'une salle de sport et de détente) En cas de conflits interpersonnels, l'établissement dispose de différents niveaux d'intervention (par l'encadrement au sein des services, par les directions fonctionnelles concernées (DRH, DS, DAM) ou par le dispositif des médiateurs nationaux voir des CNU). Un dispositif de conciliateurs locaux est en cours de structuration. Il y a une grande réactivité un soutien affirmé en cas de situation de violence auprès des agents. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. Les plans des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) sont déclinés par l'établissement, le Plan Blanc est formalisé et connu par les professionnels. Le CHU est référent pour le risque épidémique et biologique ainsi que pour le risque chimique. La prise en charge des urgences vitales est organisée avec un numéro d'appel affiché et connu des professionnels. La formation des professionnels et le suivi des mises à jour sont effectifs. Les chariots d'urgence sont régulièrement vérifiés. Il y a eu des exercices de simulation dans des services. La sécurisation du système d'information est organisée avec changement régulier des mots de passe et des solutions dégradées en cas d'attaque informatique. Les professionnels connaissent ces solutions dégradées et la situation géographique de l'ordinateur de sauvegarde (réplique des dossiers informatisés) à utiliser en cas de panne du système. Une cartographie des différents risques a été élaborée et présentée. Une direction du développement durable est opérationnelle et développe une politique d'amélioration de l'environnement hospitalier. Des retours d'expérience sont organisés et suivis de plan d'actions si nécessaire. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. La politique qualité sécurité des soins 2023-2026 comporte des axes prioritaires et reprend les axes qualité du projet médical et de soins 2023-2026. Elle se décline en programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) institutionnel, qui se décline en PAQSS par service (incluant des actions spécifiques au service). Des objectifs qualité sont également inscrit dans les contrats de pôle. Le Copil qualité

se réunit régulièrement et assure le suivi du PAQSS institutionnel. La direction Qualité organise un staff d'équipe hebdomadaire afin de suivre les actions engagées et de proposer les réajustements nécessaires. Un suivi du PAQSS est présenté régulièrement dans les réunions de pôle. Les indicateurs qualité et sécurité des soins de l'établissement sont connus par les professionnels et suivis par le cadre et le médecin du service chargés de la qualité et de la sécurité des soins. Des indicateurs qualité et sécurité des soins propres à certaines pathologies ou prise en charge sont mises en place dans des services, maternité, réanimation, urgences, pharmacie par exemple. Les enquêtes de satisfaction (E.Satis, recueil des questionnaires de sortie) sont soutenues par l'établissement et l'ensemble des professionnels rencontrés connaissait les résultats de son service. L'ensemble de ces résultats a permis d'établir des plans d'action d'amélioration de la prise en charge dans chaque service. La coordination des risques est sous la responsabilité d'un médecin qui est aussi soutien méthodologique pour organiser les Revues de Morbi Mortalité (RMM) et des Comités de retour d'expérience (CREX) Les déclarations d'événements indésirables liés aux soins sont effectuées dans tous les services. Des RMM et CREX sont effectués dans tous les services visités. Des structures d'appui à la recherche sont entièrement certifiées ISO 9001 depuis 2018 : Délégation à la recherche clinique et à l'innovation, centre d'investigation clinique, pharmacie à usage intérieur, et centre de ressources biologiques certifié NFS96-900.

Table des Annexes

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

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	250000015	CHU DE BESANÇON	3 boulevard alexandre fleming 25030 Besancon Cedex FRANCE
Établissement principal	250006954	CHU DE BESANÇON - HOPITAL JEAN MINJOZ	3 boulevard alexandre fleming 25030 Besancon Cedex FRANCE
Établissement géographique	250000023	CHU DE BESANÇON- HOPITAL SAINT JACQUES	2 place saint jacques 25030 Besancon Cedex FRANCE
Établissement géographique	250019437	CHU DE BESANÇON - UCSA PENITENTIAIRE MAISON ARRET	5 rue louis pergaud 25000 BESANCON FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Oui
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Oui
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Oui
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Oui
Autorisation de Neurochirurgie	Oui
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Oui
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	8 359
Nombre de passages aux urgences générales	69 842
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	20 050
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	244 222
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	707

Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	287
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	78
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	101
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	26
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	12
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	71 905
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	70
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	16
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	48
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	5
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	3
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	27
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	24
Activité Hospitalière PSY	

Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	45
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	15
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	60
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	1
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	3
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	40
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	1
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	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Désinfection des endoscopes
2	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
3	Audit système	Représentants des usagers		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable : Prescription à administration

6	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p>	
7	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
8	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
9	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		PSL
	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p>	

10			Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Médecine	
11	Audit système	Engagement patient		
12	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	
13	Audit système	QVT & Travail en équipe		
14	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Médecine	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
	Patient		Tout l'établissement	

16	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie : Prescription à administration
19	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	
20	Audit système	Leadership		
21	Audit système	Entretien Professionnel		
22	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
23	Audit système	Entretien Professionnel		
24	Audit système	Dynamique d'amélioration		

25	Audit système	Maitrise des risques		
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
27	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
28	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
29	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

31	Audit système	Coordination territoriale		
32	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Maternité	
33	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
35	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
36	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Maternité	

37	Audit système	Entretien Professionnel		
38	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
39	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
40	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	
41	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
42	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Psychiatrie et santé mentale	

43	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG selon liste établissement
44	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
45	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences et SAMU parcours 2
46	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
47	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences et SAMU parcours 1
48	Audit système	Entretien Professionnel		
49	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
50	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
51	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Antibioprophylaxie + Per opératoire
	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap	

52			Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Enfant et adolescent Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
53	Audit système	Entretien Professionnel		
54	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque Per Os : Prescription à administration
55	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	
56	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
57	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé	

58			Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
59	Parcours traceur		Tout l'établissement SAMU-SMUR Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques Médecine	
60	Patient traceur		Tout l'établissement Urgences Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
61	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique	

			Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
62	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
63	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
64	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque : Prescription à administratio
65	Audit système	Entretien Professionnel		
66	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Soins critiques	

			Médecine	
67	Audit système	Entretien Professionnel		
68	Audit système	Entretien Professionnel		
69	Audit système	Entretien Professionnel		
70	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
71	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
72	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
73	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Urgences > Service

74	Audit système	Entretien Professionnel		
75	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
76	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique Patient âgé Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
77	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Service > Bloc
78	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
79	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EIG selon liste établissement

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

