



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**HOPITAL BEAUJON -
AP-HP NORD
UNIVERSITE DE PARIS**

100 boulevard du general leclerc
92118 Clichy



Validé par la HAS en Mars 2024

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 – Mars 2024

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	16
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	25

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

HOPITAL BEAUJON - AP-HP NORD UNIVERSITE DE PARIS	
Adresse	100 boulevard du general leclerc 92118 Clichy Cedex FRANCE
Département / Région	Hauts-de-Seine / Ile-de-france
Statut	Public
Type d'établissement	CHU / CHR

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	750712184	ASSISTANCE PUBLIQUE- HOPITAUX DE PARIS	3 AVENUE VICTORIA 75184 PARIS CEDEX 04 FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

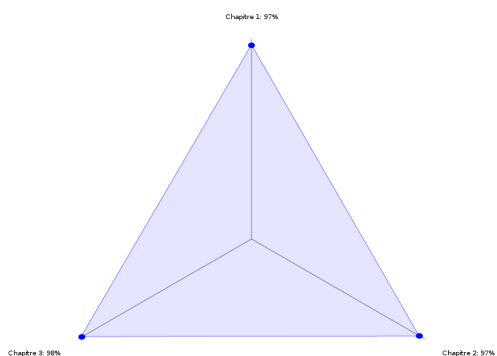
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

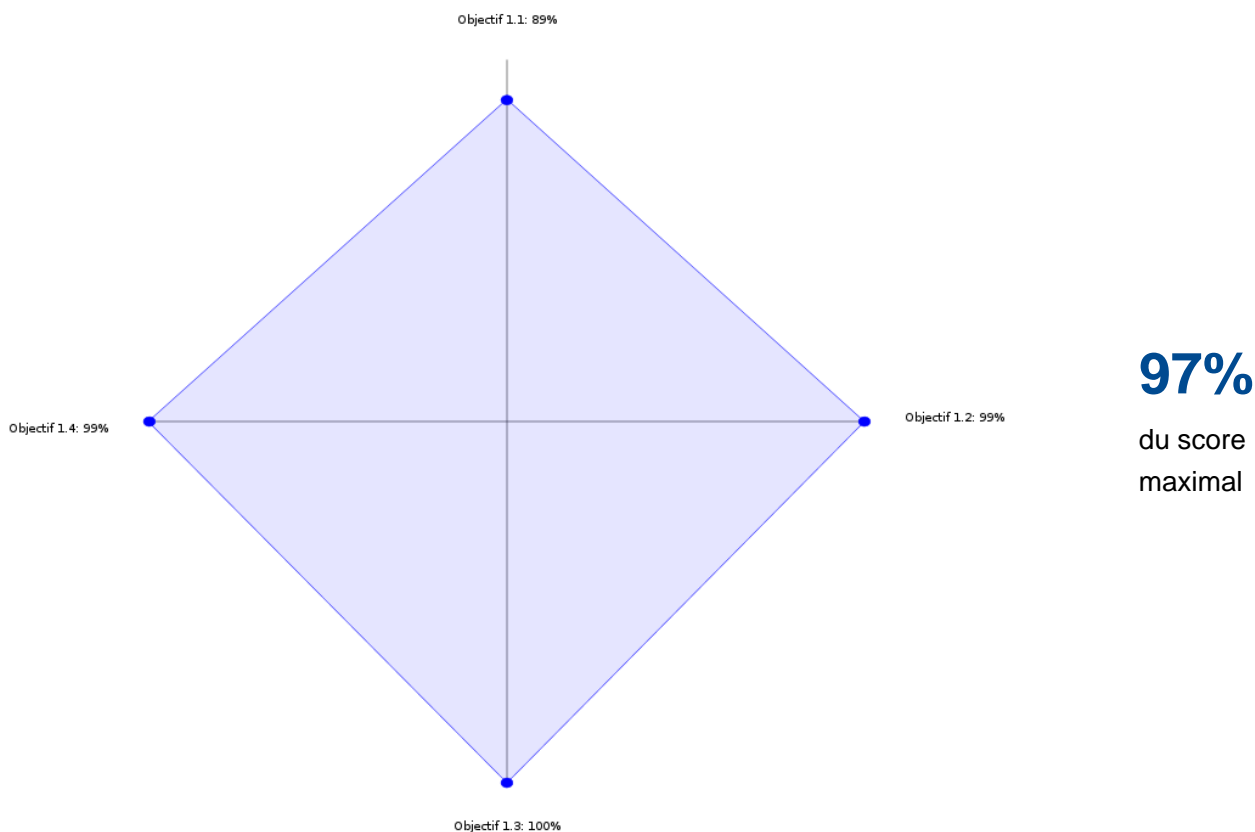
Au regard du profil de l'établissement, **114** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

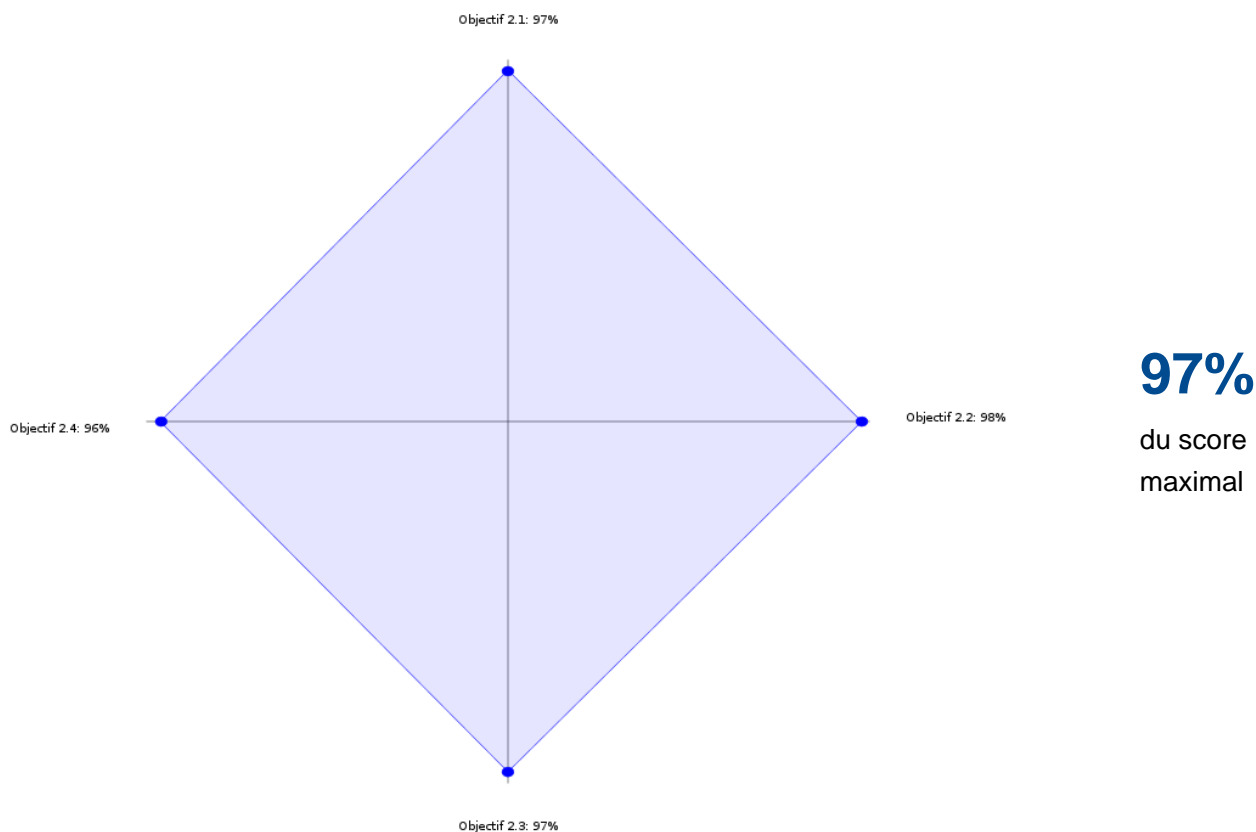


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	89%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

L'hôpital Beaujon est un des établissements du GHU Paris Nord Université Paris Cité de l'APHP. Il assure la prise en charge de pathologies spécifiques du système digestif avec plusieurs centres de référence ou de compétence. Il assure par ailleurs l'accueil des patients polytraumatisés pour le nord de Paris. Il assure également des missions de proximité dans plusieurs spécialités. Les professionnels de l'hôpital Beaujon se sont organisés afin d'apporter une information claire et adaptée aux patients. Chaque patient reçoit un livret d'accueil apportant les éléments relevant de leurs droits, la désignation de la personne de confiance, les représentants des usagers. Sur les prises en charge longues et en hôpital de jour l'information du patient notamment l'annonce du diagnostic ou une modification du parcours thérapeutique sont expliquées à plusieurs reprises, avec des documents d'information, l'implication d'IDE de coordination ou de pratiques avancées.

L'analyse bénéfice - risque est systématique sur l'ensemble des secteurs, en lien avec les spécifications particulières des prises en charge (hépatologie, oncologie, pathologies du grêle, les réanimations adaptées). L'adhésion du patient est systématiquement recherchée. En cas de transfusion, le patient est informé en amont, voire lors de l'annonce de sa pathologie et des thérapeutiques envisagées. En cas de prescriptions de précautions complémentaires les informations sont apportées au patient et à son entourage. Les associations de patients peuvent être associées dans le processus d'annonce et participer à des ateliers pluri disciplinaires sur les pathologies chroniques. La désignation de la personne de confiance est retrouvée dans le dossier du patient (identité, filiation et contact). Cependant le formulaire de désignation intégré dans le livret d'accueil n'est pas systématiquement complété et signé par le patient et la personne désignée. Un rappel auprès des professionnels a été réalisé durant la visite. L'information du patient sur la possibilité d'émettre des directives anticipées est apportée par le livret d'accueil. Les rencontres avec les patients ont montré initialement un défaut d'information. Suite aux échanges durant la visite, la direction a fait un rappel sur le sujet. Il a été constaté pendant la suite de la visite que les professionnels avaient renforcé l'information auprès des patients. Sur les secteurs ambulatoires des livrets d'information et de suivi des patients sont en place type passeport, excepté en endoscopie. Les locaux de l'établissement sont anciens avec de nombreuses chambres doubles. La dignité des patients est respectée avec d'importants efforts sur l'hôtellerie. Les pratiques sont également respectueuses de l'intimité des patients. Sur le secteur de la maternité, deux chambres parentales sont prévues. Les internes sont formés au respect de la dignité des patientes lors des examens gynécologiques avec la remise de la charte du CNGOF. La douleur est systématiquement évaluée et tracée, y compris si le patient ne présente pas de douleur. Sur la maternité un outil spécifique a été construit (plan de prise des médicaments). En post opératoire, une équipe mobile d'IADE assure le suivi à J1 et J2 pour la gestion de la douleur, et les éventuelles complications post anesthésie. Pour la prise en charge des sujets âgés, les entrées directes sont favorisées. Aux urgences, la démarche zéro brancard impulsée par la gouvernance du GHU Paris Nord est en place. Ainsi malgré l'affluence au moment de la visite aucun patient n'était en attente dans les couloirs. L'établissement ne dispose pas de secteur de psychiatrie. En cas de patient agité nécessitant une contention, un protocole « sédation contention » validé par les psychiatres de l'hôpital Bichat, permet d'isoler le patient dans un box dédié. L'équipe mobile de psychiatrie de l'hôpital Bichat se déplace pour la prise en charge ultérieure du patient. Sur l'établissement, la mise en œuvre de la contention est rare et est systématiquement prescrite et réévaluée. En imagerie conventionnelle, les zones d'attente des patients entrants et sortants, et les patients hospitalisés et en externe ne sont pas différenciées en début de visite. Suite aux échanges en visite, l'établissement a initié un travail afin de différencier les zones d'attente des patients de l'établissement, en disposant notamment les chaises et brancards le plus près possible de l'agent d'accueil. Sur les secteurs TDM et IRM le flux pour les patients « debout » et « couchés » sont en place. Les patients ne sont pas systématiquement informés des temps d'attente pour la prise en charge du transport. Ceux-ci ne sont pas mesurés au niveau de l'établissement. Compte tenu des pathologies lourdes prises en charge sur l'hôpital Beaujon les proches ou les aidants sont impliqués précocement et tout au long de la prise en charge des patients, celle-ci pouvant s'étendre sur plusieurs années. Les horaires de visites sont adaptés et notamment sur les réanimations ou soins intensifs autorisant une extension des horaires si besoin. Chaque secteur dispose de lieux permettant les échanges et les annonces aux proches ou aidants dans des conditions adaptées. L'ensemble des services bénéficie de l'accompagnement du service social. Les pathologies prises en charge peuvent s'accompagner d'un impact social important (par exemple pour les pathologies du grêle ou la greffe hépatique). La proposition de soins tient compte des impacts sur les conditions de vie ou l'impact social de la pathologie ou de son évolution.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



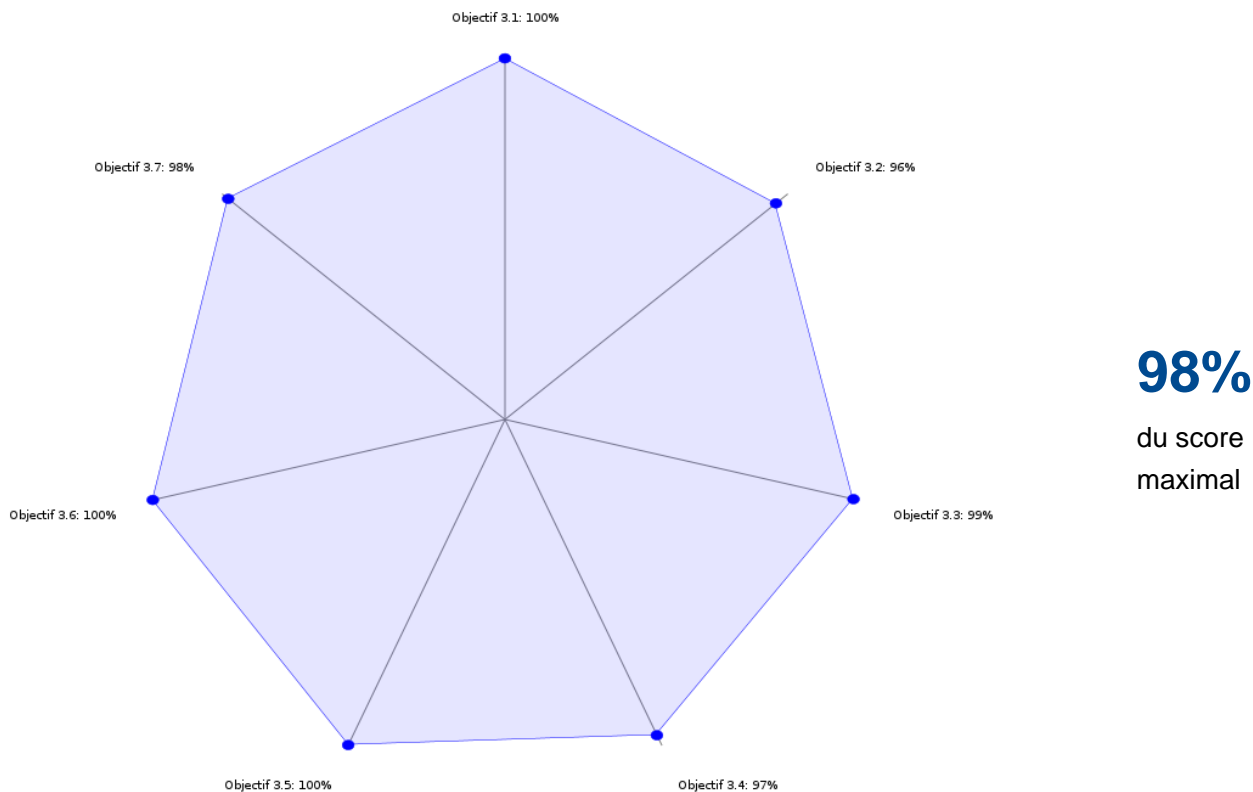
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	97%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	96%

Sur l'ensemble des services, des réunions quotidiennes ou hebdomadaires de type staffs pluri-professionnels et éventuellement pluri disciplinaires sont en place. Les services supports comme l'imagerie interventionnelle, les équipes mobiles, les services de réanimation peuvent participer à ces réunions. Plusieurs secteurs ont mis en place des organisations type RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire). Le suivi des admissions et des refus sont suivis et analysés, ou en cours comme pour le service d'urgence vasculaire intestinale, créé en 2016. Ce service a organisé un suivi des patients refusés sur plusieurs mois. La pertinence de la prescription des antibiotiques est analysée, également sur les hôpitaux de jour. L'établissement ne met pas systématiquement en place d'analyse de pertinence des recours à l'HAD au jour de la visite. Le SMUR est intégré dans le SAMU 92 qui effectue la régulation. Le médecin responsable du SMUR est également

régulateur, lui permettant de participer aux analyses des éventuels dysfonctionnements et aux RMM. Les parcours courts sont connus permettant l'admission en direct du patient quand cela est possible. Pour la coordination des équipes un staff quotidien est en place. La coordination entre professionnels est aidée par le logiciel dossier patient déployé pour l'ensemble de l'établissement et de l'APHP. Les documents papier peuvent être scannés et être rapprochés du dossier informatisé. Cependant certains secteurs disposent d'une partie papier et des redondances dans les documents conduisent à des traçabilités réalisées sur plusieurs supports. Un travail est en cours afin d'harmoniser les supports notamment dans les transferts entre services non informatisés (comme l'anesthésie ou la gynécologie obstétrique) et services informatisés. Le remplissage de la checklist opératoire est maîtrisé, et un audit observationnel réalisé sur 2 jours. Les checklists sont retrouvées dans le dossier patient informatisé pour tous les secteurs opératoires et interventionnels. Plusieurs équipes mobiles (en gériatrie, infectieux, soins palliatifs, addictologie...) sont en place et peuvent apporter des avis et soutien aux équipes. Elles sont aisément sollicitées par les professionnels. Les réflexions pluridisciplinaires sont particulièrement développées sur l'établissement comme pour le parcours Greffe hépatique avec une réflexion avancée sur les organisations et les informations apportées aux patients. Pour les prises en charge en chirurgie ambulatoire, en cas de reprogrammation celle-ci est réalisée au plus tôt et les délais sont suivis. Les bonnes pratiques de prescription, dispensation et administration sont respectées sur l'ensemble de l'établissement. La liste de médicaments à risque a été définie pour l'établissement et est adaptée selon les spécialités. Les professionnels connaissent et identifient les médicaments à risque sur l'ensemble de l'établissement. La conciliation médicamenteuse est initiée sur deux secteurs au jour de la visite (transplantation hépatique, en nutrition parentérale). Cependant l'analyse pharmaceutique n'est réalisée que sur 50% des prescriptions environ et sur 100% des prescriptions nominatives du fait d'un nombre insuffisant de pharmaciens. Le transport et le stockage des médicaments thermosensibles répondent globalement aux attendus. La traçabilité de la température de l'enceinte réfrigérée n'a toutefois pas toujours été retrouvée, et ne peut être réalisée les week-ends sur les hôpitaux de jour. Une organisation adaptée a été mise en place pour l'HDJ durant la visite. Pour les patients suivis pour greffe hépatique, un plan de prise du traitement médicamenteux est mis en place pour chaque patient par les pharmaciens. Ce plan reprend le traitement prescrit avec des photos des médicaments, les dosages et une traçabilité de prise effective au domicile du patient, pour une durée de six mois. Le pharmacien hospitalier est en lien avec l'officine de ville, les IDE libérales et le médecin traitant. L'unité de reconstitution des cytotoxiques de l'hôpital Beaujon fournit également les hôpitaux de Bichat et de Louis Mourier. Le logiciel ne dispose pas au moment de la visite de la version permettant l'intégration de l'identité complète du patient notamment son nom de naissance pour les patients disposant d'un nom usuel. Cela n'impacte que l'étiquetage du produit fini et pas la fabrication et son suivi. La montée de version du logiciel est prévue sur le 1er trimestre 2024. Les containers de transport des produits de chimiothérapie ne sont pas scellés lors du transport par un préparateur au sein de l'établissement. Suite aux échanges en visite, le scellage des containers de transport internes a été mis en place immédiatement. La sécurisation est effective pour l'approvisionnement des établissements extérieurs. Les professionnels sont formés à la pratique transfusionnelle, l'analyse bénéfice risque est effective. Le risque d'hémorragie du post partum immédiat est évalué et analysé par une réévaluation régulière des IQSS. Le risque d'infections associées aux soins est maîtrisé. Une équipe dédiée de trois professionnels assurent la surveillance des soins et la formation des professionnels. Elle est en étroite relation avec l'EPRI de l'APHP et le CLIN central. L'équipe assure le suivi d'un traceur dans chaque discipline chirurgicale et suit les indicateurs ISO (infection du site opératoire) annuellement. La formation des professionnels est effective. Ils connaissent les résultats de leurs indicateurs et notamment l'indicateur SHA dont le résultat est personnalisé par service. Des campagnes d'audits relatifs à l'antibioprophylaxie sont co-construites entre l'EOH et le CLIN. Le traitement et le suivi des endoscopes répondent aux attendus. Les professionnels disposent d'une fiche d'habilitation avec une évaluation par an suite à la formation initiale. Les résultats des suivis bactériologiques des endoscopes sont disponibles pour les professionnels. L'identification des patients est réalisée au niveau des différents bureaux des entrées, les patients sont porteurs de bracelets d'identification. Les demandes de brancardage sont

réalisées sur un logiciel ancien en cours de remplacement au niveau du groupement. Un mésusage a pu être constaté sur les demandes de transport notamment des urgences. Les professionnels effectuent leur demande directement sur l'outil sans passer par le dossier patient informatisé. Les données d'identification peuvent être incomplètes telles que cela a pu être constaté. Les consignes de bon usage ont été rappelées durant la visite. Les professionnels connaissent les modalités de signalement des événements associés aux soins (EIAS) et également les circuits de signalement pour les différentes vigilances. L'analyse des EIAS est collective avec participation des professionnels impliqués. Les patients sont impliqués dans l'évaluation des pratiques soit en tant que patient expert ou en prenant en compte l'expérience patient. L'analyse des pratiques est effective en se basant sur les résultats cliniques. Des RCP sont déployés sur l'ensemble des services en incluant les services support. En imagerie les images réalisées en extérieur de l'APHP sont importées dans le PACS. L'analyse des checklists aux niveaux des blocs ou en interventionnel est effective. Cependant il n'a pas été retrouvé au niveau du bloc opératoire de gynécologie d'analyse du « GO/NO GO ». Des audits sont réalisés sur l'ensemble des blocs. L'équipe de la coordination des prélèvements d'organes est très active avec des actions d'information, de formation et de promotion du don d'organe. L'équipe travaille en réseau avec les établissements Nord franciliens. Les indicateurs Crystal action sont suivis.

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	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	97%
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	98%

Pour le GHU Paris Nord Université Paris cité Depuis 2019, les 12 groupes hospitaliers de l'APHP sont regroupés en six groupements hospitalo-universitaires (GHU) selon une logique universitaire et de filières de soins. Le GHU Paris Nord Université Paris Cité comprend les établissements Bichat-Claude Bernard, Beaujon, Louis-Mourier, Bretonneau, Lariboisière-Fernand Widal, Saint Louis et Robert-Debré. Compte tenu de la

répartition géographique du GHU sur 3 départements franciliens le GHU est associé à 5 GHT d'Ile de France (GHT95 Nord Ouest Vexin Val d'Oise, GHT Sud val d'Oise-Nord Hauts de Seine, GHT 75 psychiatrie et neurosciences. GHT Plaine de France, GHT Grand Paris Nord Est). Trois Départements Médico-Universitaires (DMU) associent des équipes des GHU Nord et GHU Paris Seine Saint Denis : Gynéco-périnat associant 6 maternités (construction des filières de prise en charge des pathologies maternelles, expertises, labellisation éco-maternité) Hématologie Immunologie (RCP nationales pour l'adressage des lymphomes de 2ème ligne, mise en œuvre de Car T Cells, thérapie cellulaire sur le site de Saint-Louis pour les établissements de l'APHP). Pédiatrie DM'UP associant les services de Pédiatrie de Robert-Debré, Louis-Mourier et d'Avicennes. Également, des groupes transversaux sur plusieurs DMU s'associent sur des thématiques comme prélèvements et transplantation (projet médical commun, Institut hors les Murs), les soins non programmés (plan zéro brancard), la filière gériatrique (équipes mobiles internes et externes, développement des IPA), psychiatrie addictologie (contribution au projet régional de santé par une stratégie commune). Le GHU Paris Nord abrite une plateforme de maladies rares impliquant l'association de patients, un soutien de la recherche, le développement de liens ville-hôpital, l'appui à la transition enfant-adulte... Plusieurs établissements et DMU participent à l'offre de soins en santé mentale permettant d'en couvrir tous les champs (urgences, prise en charge en post crise, adulte, enfants, et en addictologie). Un soutien est apporté à la démographie médicale du territoire par des postes d'assistants spécialistes partagés (11 sur 2021-2023, puis 22 assistants sur 2022-2024) avec des CH de proximité sur des spécialités en tension (pédiatrie, neurologie, dermatologie, urologie, gynéco obstétrique...), et également avec la médecine de ville avec des postes de praticiens contractuels. Afin de faciliter la communication avec les patients des modalités de rendez-vous en ligne sont possibles sur des prises en charge précises, également deux standards téléphoniques regroupant les établissements de l'est et de l'ouest du GHU, un site internet dédié au GHU et orientant vers chaque établissement. Sur le GHU, différents services d'urgences permettent la prise en charge des adultes, la pédiatrie, et des urgences spécialisées (céphalées, ORL, cardiaque, maternité, infectieuses, neurochirurgie, polytraumatisé). Le plan zéro brancard des urgences de l'APHP est décliné sur l'ensemble des services d'urgences du GHU avec des actions coordonnées de sortie du patient, une cellule de gestion des séjours complexes, une évaluation sociale précoce... Le ROR est mis à jour quotidiennement. En cas de tension la gouvernance est alertée pouvant mettre en place une « procédure de délestage » avec un capacitaire « accordéon » selon les besoins (ouverture de lits complémentaires sur de courtes durées). Des filières courtes d'admission directes pour les personnes âgées sont en place sur tous les établissements concernés. La structuration en GHU apporte une dynamique de progrès de la recherche clinique avec une commission recherche GHU et des commissions locales par établissement, et de nombreuses structures de soutien. La recherche paramédicale est promue avec notamment la proposition de bourses. L'engagement du patient est un axe du projet d'établissement et est ancré dans les réflexions stratégiques et médico-soignantes du GHU. La démarche s'est structurée autour d'un comité engagement patient du GHU en partenariat avec l'université de Montréal, et les Hospices Civiles de Lyon. Les représentants des usagers (RU) siègent dans les instances stratégiques du GHU et au niveau de la commission centrale de concertation avec les Usagers de l'APHP. Afin de fédérer les équipes et les usagers, la gouvernance accompagne les initiatives et projets en lien avec l'engagement patient, valorise des actions des retours d'expérience avec une communication, et propose des formations. Ainsi quatre axes de travail sont identifiés au niveau de : La gouvernance (RU, médiateurs, associations, professionnels) L'expérience patient (patients et parcours traceurs, label Hospitalité, questionnaires, plaintes et éloges, visites de direction) Les partenariats (pairs aidants, patients ressources, éducation thérapeutique) Des formations (formation des patients experts, formation des professionnels). L'évaluation de la satisfaction patient via e-satis est promue auprès des professionnels avec une communication des résultats tous les trimestres aux services et aux DMU, ainsi que les initiatives possibles dans les services. Les indicateurs PREMS – PROMS sont en place sur le service d'orthopédie de l'hôpital de Lariboisière. Sur l'ensemble des établissements une démarche « label Hospitalité » est promue, fondée sur la perception de l'utilisateur ou du patient de la qualité des soins. L'évaluation est basée sur des grilles d'observation

et d'entretiens patients. A ce jour, 97 services du GHU ont obtenu le label Hospitalité. La bientraitance est un engagement institutionnel du projet d'établissement du GHU Paris Nord. Plusieurs aspects sont abordés : la communication avec le patient, la promotion de la participation du patient à son projet de soins (projet individualisé, éducation thérapeutique, écoute patient, questionnaires de satisfaction...), des circuits dédiés au dépistage et au signalement de toute maltraitance (maison des femmes sur le site de Bichat Claude Bernard), mobilisation des aidants dans les situations complexes, mobilisation des acteurs. Compte tenu du positionnement géographique du GHU Paris Nord, la prise en charge des personnes vulnérables ou en précarité est multi modale (PASS, médiations, équipes mobiles, services sociaux...). Les organisations en place permettent au patient d'accéder à son dossier avec une information sur le livret d'accueil, le site internet. Les demandes sont centralisées. Les délais de réponses sont mesurés. Au niveau du GHU la politique institutionnelle de la qualité sécurité des soins est suivie grâce à des points qualité sur l'ensemble des instances (CMEL, CSIRMLT, COMEX comité exécutif du GHU, bureaux exécutifs des sites, CDU...). La déclinaison au sein des établissements est réalisée par la direction qualité, les coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins, les responsables des vigilances, des référents qualité par service, des binômes responsables qualité et cadres experts en soins, des médecins et cadres référents qualité par service, les instances locales, les référents SSE et directeurs médicaux de crise, médiateurs, et les patients partenaires. Des formations sont proposées aux méthodes d'évaluation par traceurs de l'HAS, l'utilisation des logiciels de gestion documentaire et de déclaration des événements indésirables. Une planification des évaluations de pratique est réalisée au niveau de la gouvernance qualité du GHU. Cette politique en faveur de la qualité de la prise en charge au sein du GHU Paris Nord s'accompagne d'une politique RH. Second plus gros employeur de l'APHP, trois axes relatifs aux ressources humaines sont retrouvés dans le projet d'établissement : Dispositifs d'attractivité ciblés et adaptés Fidélisation des professionnels en proposant le développement des compétences et l'accompagnement personnalisé des carrières Qualité de vie au travail et l'accompagnement des managers. Au niveau de l'APHP, en janvier 2023 un plan « 30 leviers pour agir ensemble » a été mis en place, 14 leviers sont dédiés aux ressources humaines comme l'augmentation des places pour les élèves en soins infirmiers afin de les fidéliser, simplification des processus de recrutement, améliorer l'accueil des nouveaux arrivants, doubler l'offre de logements pour les professionnels, la mise en place des « journées de la nuit » pour les professionnels de nuit, des schémas horaires innovants. Pour le GHU Paris Nord des actions sont menées au niveau des maquettes organisationnelles pour chaque service, de la gestion des temps de travail (discussions et négociations au sein des équipes, formations aux outils de gestion du temps de travail, tableaux de bord, ambassadeurs du temps de travail), d'une politique de gestion des absences et des remplacements, une gestion prévisionnelle des effectifs médicaux avec une anticipation des mouvements (135 nominations en 2024 dont 36 créations ou transformations de poste, recours aux FFI ou stagiaires associés en cas de postes d'interne non pourvus), une politique de titularisation des praticiens et universitaires, un pilotage institutionnel des plannings médicaux avec un logiciel de gestion du temps. Un processus d'intégration pour les nouveaux encadrants est prévu pour les professionnels non médicaux (journée d'accueil des cadres de santé, politique de faisant-fonction, tutorat, compagnonnage) et les professionnels médicaux (livret statutaire informant sur la réglementation et droits, livret d'accueil pour les internes). Sur le volontariat, des formations au management sont proposées aux médecins et aux chefs de service (gestion du changement, affirmer son leadership, conduite de projet, coaching individuel...). Un catalogue de formation (manager la qualité de vie au travail, management intergénérationnel, développer son leadership managérial, communication managériale) est proposé aux professionnels non médicaux. La délégation de gestion vers les DMU est promue pour une part des enveloppes de travaux ou d'équipements, formation continue. La délégation est complète pour les crédits intéressement recherche. Une expérimentation est en cours pour une délégation plus importante pour 4 DMU. La gouvernance encourage le travail en équipe avec des temps collectifs inscrits dans les chartes de fonctionnement des DMU, des temps de dialogue au sein des unités (« SmartLab » ou espace de dialogue sur le temps de travail). La réflexion éthique est structurée avec un état des lieux des questions éthiques sur l'ensemble des sites du GHU, un référent éthique est mandaté par l'APHP afin de penser une nouvelle

organisation bien que le questionnement éthique est ancien au sein du GHU. Le travail est collaboratif avec l'Institut de la Personne en Médecine Université Paris Cité permet l'organisation de conférences thématiques, de capsules cinéma... Au sein des services des staffs éthiques sont structurés, ainsi que des fiches d'engagement thérapeutique avec une validation collégiale. La sensibilisation des professionnels est organisée autour de l'enseignement en médecine, en formations institutionnelles, et diverses des rencontres. La politique Qualité de Vie au travail s'est structurée grâce au recueil de questionnaires de satisfaction, et les baromètres sociaux déployés dans certains services. Des appels à projet en QVT permettent à la gouvernance de dialoguer avec les professionnels autour de leurs projets, financés par les fonds APRES de l'APHP. La politique sociale du GHU prévoit des crèches, logements pour les professionnels, tickets restaurant, télétravail, négociations autour d'horaires innovants. Un référent QVT est désigné sur chaque établissement, ainsi que des conseillers en prévention des risques professionnels, et la médecine du travail. Un document unique est établi pour chaque site. Afin de prévenir les facteurs de risques psycho-sociaux, un questionnaire annuel est destiné aux professionnels médicaux (questionnaire SATIN) dont les résultats sont rendus en CMEL. Pour les praticiens quittant l'établissement un questionnaire de sortie est en cours de déploiement, complété par un entretien. Les professionnels non médicaux disposent d'un questionnaire à l'entrée et au départ. La gouvernance a mis en place une Commission de Vie Hospitalière qui notamment gère les situations relationnelles complexes, la conciliation entre pairs. Cette commission est composée de médecins des différents sites ; ils sont ainsi les interlocuteurs référents pour les professionnels. Cette commission se tient tous les deux mois. Un dispositif spécifique est en place pour la gestion des conflits complexes entre praticiens hospitalo-universitaires et ou praticiens. Y siègent la DGA du GHU, le doyen, la direction des affaires médicales, les co-présidents de la commission des effectifs et ceux de CVH, le directeur ou représentant du site où exerce le professionnel incriminé. Le projet qualité du GHU est intégré dans le projet d'établissement 2021-2025. La commission qualité du GHU est présidée par la vice-présidente de la CMEL, la directrice générale adjointe et la directrice qualité. Cette commission se décline sur chaque site et sur le plan opérationnel en un bureau qualité sur chaque site composé de l'équipe qualité, les cadres experts de la direction des soins, le CGRAS, les représentants des usagers, RSMQ, équipe d'hygiène, si besoin les vigilants et les référents qualité. Dans chaque DMU des établissements des référents qualité médicaux et paramédicaux sont désignés et disposent de fiches de mission. Chaque établissement pilote sa politique Qualité en déclinaison de la politique du GHU, et personnalisant sa commission qualité. Un CGRAS et un RSMQ (médicaments et dispositifs médicaux) sont désignés sur chaque site. La politique d'évaluation qualité sécurité des soins est institutionnelle avec un tableau de bord des audits par sites, une feuille de route 2021-2023 des méthodes traceurs de l'HAS, grilles « observations », tableaux de bord de suivi des résultats de certification, suivi des inspections et contrôles (ASN, PUI...). Les RU sont impliqués dans la démarche qualité et participent aux instances, à la labellisation « Hospitalité », à la gestion des plaintes et des réclamations, à la préparation des visites de certification, et participent au jury pour les fonds APRES. Pour les situations sanitaires exceptionnelles, un comité de veille est en place au niveau de la gouvernance du GHU et un comité SSE est en place sur chaque établissement. Certains sont en cours de réactualisation. Le risque numérique est évalué au regard du référentiel de certification. Un exercice de cyber-attaque a été réalisé en juillet 2023 sur l'ensemble des établissements de l'APHP dont le site de Bichat Claude Bernard. Un RSSI est identifié pour le GHU. Chaque responsable informatique local est référent Cyber. Les modes dégradés pour les différents applicatifs (SOUPAP) sont prévus pour le logiciel métier avec une déclinaison GHU, locale, urgences, maternité, réanimation. Chaque site dispose d'une procédure de gestion des urgences vitales avec le numéro d'appel et la constitution et gestion des chariots d'urgence. Une gouvernance spécifique a été mise en place pour le développement durable, au niveau du GHU et au niveau de chaque établissement. Plusieurs projets ont été réalisés ou en cours de réalisation comme Eco Maternité, suppression de l'usage unique au self professionnel, maîtrise des énergies... Ces actions sont suivies par des indicateurs. Les déchets font l'objet d'un tri sélectif pour valorisation comme les déchets électriques et électroniques, métaux des blocs, piles et ampoules... Des médecins ont mené des démarches d'accréditation individuelle. Cependant la gouvernance n'en assure pas la

promotion au moment de la visite. Pour l'hôpital Beaujon : L'établissement Beaujon fait partie de l'APHP Nord université Paris Cité qui regroupe 7 hôpitaux sur 2 départements 75, 92. Il a identifié les partenaires sur le territoire afin de fluidifier les parcours avec une logique de coopération et de filière de soins. L'Hôpital Beaujon offre des missions de proximité (maternité, SAU SMUR, gériatrie, médecine interne et maladies infectieuses), ainsi que des prises en charge spécialisées (transplantation hépatique 82 greffes en 2022, axe digestif, trauma center). Un regroupement des hôpitaux Beaujon et Bichat est prévu dans un horizon de 7 ans à Saint Ouen. Néanmoins, des travaux de rénovation sont en cours au SAU et dans le service d'hépatologie. Un partenariat est établi avec la Communauté professionnelle territoriale de santé du 17ème arrondissement et les Centres Municipaux de Santé de Clichy et de Saint Ouen. Une CPTS sur la commune de Clichy est en cours de constitution. Il existe une filière gériatrique en intra et en extra hospitalier, ainsi qu'une filière en médecine interne infectiologie en intra hospitalier (ETIMI : équipe transversale infectiologie et de médecine interne). Les circuits courts sont favorisés afin de recourir à une admission directe pour les personnes âgées, sans transiter par le service des urgences. L'équipe mobile extrahospitalière de gériatrie propose son expertise au sein de 8 EHPAD et une IPA a été recrutée afin de veiller à la sécurisation des sorties d'hospitalisation et d'assurer un suivi téléphonique des patients rentrés à domicile. L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie. Les indicateurs sont transmis aux chefs de service. L'établissement est aisément joignable soit par les usagers, soit par les partenaires de ville grâce au site internet, à Doctolib pour les prises de rendez-vous en ligne, un standard unique pour 4 sites et Direct APHP à destination des professionnels de ville qui ont accès à des numéros d'appel direct au sein de certains services. L'hôpital Beaujon est investi dans les travaux d'évaluation et de recherche dans le digestif, l'imagerie, les maladies rares, le cancer et la transplantation, et il s'inscrit dans une dynamique d'inclusion dans les essais cliniques industriels et académiques. Les centres de compétences et de références sont le centre de traumatologie lourde labélisé « trauma center » et l'hôpital est un centre majeur de transplantations hépatiques. Le service de neurochirurgie participe à la grande garde de neurochirurgie ; il assure une garde de 24 heures tous les 6 jours et accueille l'ensemble des urgences neurochirurgicales d'Ile de France. La maternité assure une permanence des soins 24h/24 et dispose d'un service d'urgences gynécologiques et obstétricales. L'engagement du patient fait partie intégrante des 4 engagements déclinés dans le projet d'établissement du GHU 2021-2025, afin de mieux prendre en compte l'expérience, les besoins, les préférences des patients et de promouvoir le partenariat soignant-soigné. Les services « unité de traitement ambulatoire des maladies addictives », chambre mortuaire et pancréatologie-oncologie digestive ont obtenu le « label hospitalité ». L'établissement veille à la bientraitance à l'aide de formation et de sensibilisation auprès des professionnels sur le thème de la communication, de l'écoute et de la reformulation. Une charte de bientraitance est à disposition des équipes. La gouvernance a identifié les risques pouvant impacter la bientraitance tels que le sous-effectif, le turn-over, le manque de matériel. L'établissement participe au repérage et à la prise en charge de la maltraitance ; une convention a été signée avec la préfecture de police pour permettre aux femmes victimes de violence de porter plainte dans de meilleures conditions. L'accès du patient à son dossier est organisé et l'établissement suit les indicateurs. Le délai moyen de transmission est de 7 jours en 2021 pour les dossiers de moins de 5 ans et de 16 jours pour les dossiers de plus de 5 ans. Les représentants des usagers sont impliqués au sein de l'établissement ; ils participent à la revue mensuelle des réclamations, à la CDU, au CLAN. Leurs propositions d'action sont prises en compte par la gouvernance, la direction qualité : inventaire réalisé aux urgences suite à la disparition d'objets, enquête de restauration suite aux réclamations des patients. Ils ont participé à l'élaboration du projet des usagers, diffusé en mai 2023. Une participation au comité éthique est prévue prochainement suite à la mise en place de ce groupe de réflexion. Ils participent aux événements tels que, la journée européenne des droits des patients et hôpital sans tabac. Ils souhaitent intervenir lors de l'accueil des internes et des étudiants en soins infirmiers afin d'évoquer les droits des usagers. Les RU sont informés des EI déclarés sans être associés à leur analyse. La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Les usagers sont associés à l'élaboration de la politique en concertation avec la Direction et la CME. La commission qualité se réunit trois fois/an, le bureau qualité deux fois/mois et la commission des usagers de façon trimestrielle. Le système de

signalement des EI est formalisé dans le logiciel de la GED. Les EI sont analysés et présentés aux instances et les plans d'actions sont proposés et suivis. La Direction de l'hôpital adapte sa capacité d'accueil en fonction des ressources médicales et paramédicales disponibles. Aussi, les effectifs peuvent être assurés par l'équipe de suppléance, les HS ou bien, l'intérim. Un engagement important dans le recrutement, la fidélisation, le développement de la QVT, la cohésion d'équipe, est décliné dans le document « 30 leviers pour agir ensemble » de l'APHP diffusé en décembre 2022. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences. Un bureau exécutif réunissant des personnels médicaux et paramédicaux des services et DMU du site permet des échanges d'information et la validation des projets d'activité. Les « 30 leviers pour agir ensemble » décline la politique de recrutement, d'accompagnement et de fidélisation des personnels. Des journées d'accueil des nouveaux arrivants et de tutorat sont mises en place afin de formaliser les parcours d'intégration. Les managers peuvent bénéficier de formation ou d'actions de coaching, soit en individuel, soit en binôme chef de service et cadre. La gouvernance impulse une politique de qualité de vie au travail. Par exemple, Organisation d'une journée trimestrielle « journée de la nuit » afin de valoriser les agents de nuit Questionnaire de satisfaction auprès des personnels fin 2021 Lise en place de « café QVT » mensuel Ateliers de relaxation et de massage les lundis Salle de sport sur site Ainsi, des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail au plus près du terrain sont proposés. Un livret d'accueil est dédié aux internes depuis plusieurs années. Il existe également une application pour smartphone dédiée aux internes, qui reprend ces informations. Dans la cadre des situations sanitaires exceptionnelles, des exercices sont régulièrement réalisés : exercices AMAVI en septembre et en octobre 2022, et, en mai 2023. Un exercice de cyber attaque a été réalisé en mai 2023 sur une demi-journée. La gouvernance impulse la culture du développement durable par son engagement managérial. Les projets de « éco maternité » et la diminution des produits désinfectant détergeant au niveau du bionettoyage sont en cours de déploiement. La prise en charge des urgences vitales est assurée avec des chariots d'urgence disponibles et suivis, des formations inscrites au plan de formation. Le numéro d'appel unique est en place, permettant de joindre un médecin pour intervenir en cas d'urgences vitales. Dans les unités prenant en charge des patients transplantés (Réanimation Hépato-Digestive, Chirurgie Hépato-bilio-pancréatique, Hépatologie) un numéro unique et spécifique, dédié aux urgences vitales permet l'intervention d'un réanimateur hépato-digestif, suite à un EIG déclaré en 2021. Ces pratiques sont connues des professionnels concernés. Certains médecins sont accrédités de façon individuelle. L'accréditation en équipe est en cours de projet pour l'équipe de neurochirurgie. La gouvernance analyse, exploite et diffuse les indicateurs qualité et sécurité des soins. Des affiches synthétiques sont mises à disposition dans chaque service. L'organisation en aval des urgences est optimisée grâce à une cellule de veille qui se réunit une fois/semaine afin d'avoir une visibilité sur la disponibilité des lits et de faire des déprogrammations en cas de besoin. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à généraliser l'analyse pharmaceutique à l'ensemble des prescriptions, finaliser le travail en cours, d'harmonisation des supports dans les services informatisés et non informatisés, étendre l'analyse de la check list réalisée au bloc opératoire de gynécologie à l'analyse des GO/NO GO, pérenniser les différentes actions correctives mises en oeuvre en cours de visite.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	750712184	ASSISTANCE PUBLIQUE- HOPITAUX DE PARIS	3 AVENUE VICTORIA 75184 PARIS CEDEX 04 FRANCE
Établissement principal	920100039	HOPITAL BEAUJON - AP- HP	100 boulevard du general leclerc 92118 Clichy Cedex FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Urgences Tout l'établissement	
9	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
10	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
11	Audit système	Représentants des usagers		
12	Audit système	Engagement patient		
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/

15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
16	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Audit système	Entretien Professionnel		
20	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
21	Audit système	Dynamique d'amélioration		
22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
23	Audit système	QVT & Travail en équipe		
24	Audit système	Entretien Professionnel		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

29	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
30	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
31	Audit système	Maitrise des risques		
32	Audit système	Leadership		
33	Audit système	Coordination territoriale		
34	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins critiques Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète	

35			<p>Adulte</p> <p>Patient âgé</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Urgences</p> <p>Tout l'établissement</p>	
36	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
37	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
38	Audit système	Entretien Professionnel		
39	Patient traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
40	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
41	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p>	

			Programmé Tout l'établissement	
42	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
43	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
44	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Urgences Tout l'établissement	
45	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Maternité Hospitalisation complète Adulte Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
46	Traceur ciblé	Accueil non programmé		/
47	Audit système	Entretien Professionnel		

48	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
49	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
50	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Tout l'établissement	
51	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Maladie chronique Patient atteint d'un cancer Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité	

			SAMU-SMUR Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

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

