CHU BESANÇON

QUALITÉ 365

MÉMENTO

QUALITÉ - SÉCURITÉ DES SOINS

Tous acteurs !

ÉDITION 2023



ÉDITO

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est une préoccupation de chacun d'entre vous.

Elle est également celle de la direction générale, de la commission médicale d'établissement et de la direction des soins qui s'impliquent activement dans cette dynamique.

Destiné à tous les professionnels du CHU, ce mémento a pour objectif de rappeler certains fondamentaux en matière de qualité et de sécurité des soins.
Vous y trouverez les bons réflexes à adopter, ainsi que les coordonnées de vos interlocuteurs privilégiés pour les thématiques qui sont au cœur de la vie hospitalière.

Au-delà de la visite de certification de juin 2023, ce document a été conçu dans un format de poche afin d'en faciliter l'usage au quotidien.

Bonne lecture à tous,



Thierry GAMOND-RIUS
Directeur général



Pr Samuel LIMAT
Président de la CME

SOMMAIRE

L'ÉQUIPE QUALITÉ GESTION DES RISQUES 5

1. LA DÉMARCHE QUALITÉ AU CHU 6

2. L'IDENTIFICATION DU PATIENT 10

3. LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES 13

4. LA GESTION DES SITUATION SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE) ET LE PLAN BLANC 17

5. LA DOULEUR ET LES SOINS PALLIATIFS 21

6. LA GESTION DOCUMENTAIRE 26

7. LE PARCOURS PATIENT 28

8. LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX ET LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES 33

9. LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE 38

10. L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS À RISQUE 41

11. LES URGENCES VITALES INTRAHOSPITALIÈRES 43

12. LE DOSSIER PATIENT 45

13. LES DROITS ET L'INFORMATION DES PATIENTS 49

14. L'IMAGERIE 54

15. LA BIOLOGIE 56

16. LA PHARMACIE 58

17. LES FONCTIONS SUPPORTS 60
Département biomédical | Restauration
Blanchisserie | Transport patient

LEXIQUE ET SIGLES 65

L'ÉQUIPE QUALITÉ GESTION DES RISQUES EST À VOTRE ÉCOUTE !



Mireille PACAUD-TRICOT
Directrice Qualité
Tél. 18 401
mpacaudtricot@chu-besancon.fr



Dr Valérie de Grivel
Responsable Qualité / EPP
Tél. 19 322
vdegrivel@chu-besancon.fr



Dr Gilles Blasco
Coordonnateur des risques associés aux soins
Tél. 69 210
gblasco@chu-besancon.fr



Mohcine AÏCH
Qualiticien (pôles PACTE, PCP, PMF, Imagerie)
Tél. 18 596
maich@chu-besancon.fr



Yvelise CORANDI
Qualiticienne (pôles PLMSP, PAH, Cancérologie, PMCEA)
Tél. 68 540
ycorandi@chu-besancon.fr



Valérie RENARD
Qualiticienne
(pôles PIIC, PARC, PURM, PBAP et CRBO)
Tél. 18 521
v1renard@chu-besancon.fr



Hanane EL FARAH
Gestionnaire des événements indésirables
Tél. 18 594
helfarah@chu-besancon.fr



Jean-Pierre AGAY
Data manager
Tél. 18 259
jpagay@chu-besancon.fr



Favour ETINOSA
Assistante qualité
et gestion documentaire
Tél. 18 327
fetinosa@chu-besancon.fr



Cyrielle VAGNEUX
Secrétariat de Mme Pacaud-Tricot
Tél. 18 717
cvagneux@chu-besancon.fr



Océane BRIOT
Secrétariat du Dr de Grivel et du Dr Blasco
Tél. 18 756
obriot@chu-besancon.fr

1 LA DÉMARCHE QUALITÉ AU BÉNÉFICE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS



✚ Mettre en place une véritable démarche d'amélioration continue de la qualité, pérenne, qui parle à tous, est un défi collectif que nous ne pourrons relever qu'avec l'engagement et la collaboration de l'ensemble d'entre vous.

Cela passe par :

• une implication forte de **la direction générale et du président de la CME,**
• une étroite collaboration de **l'encadrement,**
• une appropriation de la démarche par **les personnels,**
• des améliorations progressives qui soient **valorisées,**
• une **formalisation** des pratiques avec des protocoles facilement accessibles (classeurs virtuels intranet),
• une bonne communication avec des formations régulières sur les priorités visant à améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge.

I. LES PRIORITÉS DE LA DÉMARCHE QUALITÉ AU CHU

Les 5 axes prioritaires de la politique qualité sécurité des soins 2023-2026 :

• une dynamique qualité ancrée dans les pratiques, au plus près des soins,
• une démarche qualité du GHT centrée sur les parcours,
• une culture de la pertinence des actes et des soins et de la gestion des risques visant à optimiser et sécuriser les prises en charge,
• la bientraitance, l'éthique et l'information des patients pour mieux adapter les organisations,
• le développement du travail en équipe comme facteur favorisant la vie au travail.

II. NOTRE OBJECTIF : UN DÉPLOIEMENT DE LA DÉMARCHE AU PLUS PRÈS DU TERRAIN

Afin que les professionnels s'approprient la démarche et y trouvent du sens, il est proposé de travailler sur des problématiques qui les concernent directement. Dans ce cadre, des priorités qualité sont identifiées par unités/services sur la base :

• des axes qualité validés dans les contrats de pôle,
• d'éléments d'évaluation spécifiques à chaque service (traceurs HAS, EPP, questionnaires de satisfaction patients e-Satis, indicateurs qualité internes, analyses d'événements indésirables…).

Chaque service dispose d'un plan qualité centralisant ses priorités.

III. AU CENTRE DE LA DÉMARCHE : LE DISPOSITIF D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

L'évaluation des pratiques est centrale dans la démarche qualité. Elle permet de vérifier si l'on a atteint le niveau de qualité prévu par rapport aux règles ou recommandations que l'on s'est fixées.
Ce dispositif est fondé sur l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).



LES EPP PEUVENT ÊTRE :

TRANSVERSALES sur des thèmes qui concernent tous les services de soins.

Par exemple :

la prise en charge de la douleur, de l'arrêt cardiorespiratoire, la bientraitance des patients.

SPÉCIFIQUES À CHAQUE SERVICE selon l'activité.

Par exemple :

les RCP, les staffs EPP, le suivi d'indicateurs, des audits ciblés...

IV. LES INDICATEURS QUALITÉ : OUTILS DE SUIVI DE LA DÉMARCHE

L'objectif des indicateurs qualité est de mesurer le niveau de conformité et de l'amélioration des pratiques professionnelles.

✚ Tous les ans, le CHU recueille des indicateurs qualité nationaux obligatoires

Les IQSS (indicateurs pour la qualité et la sécurité des soins).

Les résultats annuels de ces indicateurs sont affichés dans votre service à destination des patients et des professionnels.

Ces IQSS traduisent par exemple la conformité :

- de la lettre de liaison à la sortie du patient,

- de l'évaluation de la douleur,

- mais aussi de la satisfaction du patient (résultat enquête e-Satis).

✚ Votre service recueille également des indicateurs qualité interne au CHU

Les IQUAD (indicateurs de qualité du dossier patient).

L'analyse des résultats des IQUAD permet d'identifier des axes d'amélioration pour votre équipe.

Par exemple :

le recueil des directives anticipées, de la personne de confiance, l'évaluation de la dénutrition, du risque d'escarres.



POUR EN SAVOIR +

➤ Retrouvez l'ensemble des résultats des évaluations de votre service sur l'intranet dans le moteur de recherche : ***Espace réservé évaluations***

V. EN PRATIQUE DANS MON SERVICE

✚ Je participe ou je m'informe sur :

LA GESTION DES RISQUES
- Déclaration et analyse d'événements indésirables (RMM, CREX, REMED).
- Risques professionnels.
- Déclaration de vigilances.

LES BONNES PRATIQUES/ RECOMMANDATIONS
- Procédures/protocoles en lien avec mon activité.
- Procédures institutionnelles dans les classeurs virtuels sur l'intranet.

L'ÉVALUATION DES PRATIQUES
- Traceurs HAS conduits dans mon service.
- Quick audits pharmacie.
- Quiz en ligne sur l'intranet.

✚ Je sais comment accéder aux informations sur l'intranet

Mots-clés pour le moteur de recherche :
Démarche qualité et Évaluation.

2 L'IDENTIFICATION DU PATIENT : L'AFFAIRE DE TOUS



Assurer à chaque étape de la prise en charge la bonne identification des patients est indispensable pour garantir leur sécurité et la qualité des soins.

Les erreurs d'identité peuvent être à l'origine d'événements indésirables graves : erreur de délivrance ou d'administration d'un médicament, accidents transfusionnels, erreurs d'analyses biologiques ou d'actes d'imagerie, etc.

Elles peuvent avoir de graves conséquences pour le patient (décès, mise en jeu du pronostic vital, handicap et autres séquelles permanentes) ou pour ses descendants (anomalies ou malformations congénitales, etc.). Assurer le bon soin au bon patient est une priorité institutionnelle et c'est l'affaire de tous, quelle que soit notre profession (médicale, paramédicale, socioéducative, administrative, etc.).



I. COMMENT SÉCURISER L'IDENTITÉ DU PATIENT AU CHU

✚ Au bureau des entrées (BDE) et dans les secteurs d'urgence (BDE urgences)

Lors de la création d'un dossier d'hospitalisation, de prise en charge aux urgences ou de consultation, le patient ou sa famille présente une pièce officielle d'identité :

- carte nationale d'identité (CNI),
- passeport,
- titre permanent de séjour,
- pour les enfants : livret de famille/extrait d'acte de naissance avec vérification de l'identité d'un des parents ou tuteur légal.

Une identité provisoire est créée à l'admission du patient, s'il ne peut pas décliner son identité et n'est pas accompagné.

✚ Tout au long de la prise en charge du patient

L'identité du patient est vérifiée par les professionnels de tous les secteurs de prise en charge.

• **En posant des questions ouvertes au patient du type :** Comment vous appelez-vous ? (faire épeler le nom/prénom). Rappelez-moi vos nom et prénom ? (faire épeler). Quelle est votre date de naissance ?

• **En vérifiant les informations de l'étiquette collée** sur le bracelet d'identification du patient ou sur tout autre dispositif d'identification.

• **En vérifiant la concordance des informations présentes.**

✚ **Pour rappel : tous les documents papier composant le dossier du patient doivent être identifiés avec une étiquette d'identification du patient.**
Pour toute question concernant l'identitovigilance contacter la cellule d'identitovigilance (CIV) :

civ@chu-besancon.fr

II. QUE DOIS-JE FAIRE SI JE DÉTECTE UNE ANOMALIE EN LIEN AVEC L'IDENTITÉ D'UN PATIENT ?

✚ Dans un premier temps

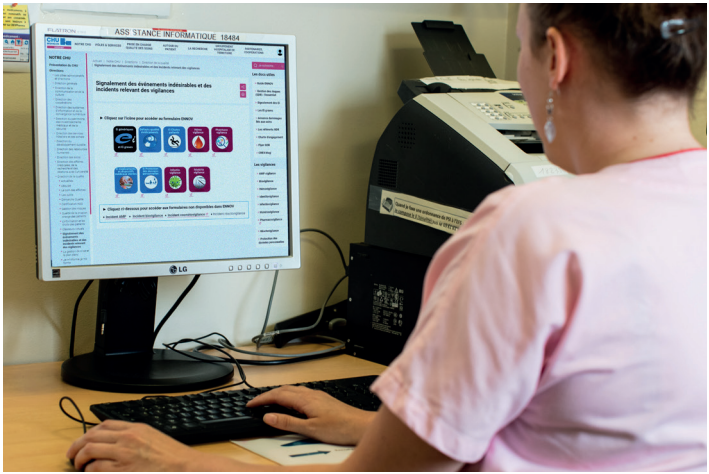
Je préviens le cadre de santé (ou le cadre de santé de nuit ou le cadre de garde) et le bureau des mouvements du BDE :

tél. 68 022 - fax 68 622
bde-mouvements@chubesancon.fr

✚ Dans un second temps

Je fais une déclaration dans le logiciel de gestion des EI (Ennov).

3 LA GESTION DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES



I. POURQUOI SIGNALER ?

SIGNALER LES EI PERMET DE :

• tirer une sonnette d'alarme afin de mettre en œuvre des mesures correctives et de prévenir la répétition d'autres incidents,

• tirer les leçons de l'existant et mieux connaitre les risques au sein de l'établissement,

• développer une culture gestion des risques visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins.

Les accidents graves ont souvent été précédés d'incidents qui, s'ils avaient été pris en compte, auraient empêché la survenue de l'accident.

Une finalité commune : la réduction des risques.

II. QUI EST CONCERNÉ PAR LE SIGNALEMENT ?

Signaler est l'affaire de tous, des médecins à l'ensemble des soignants en passant par les personnels médicotechniques, techniques et administratifs dès lors que nous constatons un EI en tant qu'acteur ou en tant que témoin.

III. EST-IL OBLIGATOIRE DE SIGNALER ?

✚ Cas des événements indésirables graves (EIG) et des incidents liés aux vigilances.
Leur signalement est réglementaire (et donc obligatoire) pour tous les professionnels de santé.

Cas particulier des événements indésirables graves (EIG) depuis le décret du 25 novembre 2016

Un EIG est un événement inattendu qui entraine soit le décès du patient, soit la mise en jeu du pronostic vital, la survenue d'un handicap permanent, d'une anomalie ou d'une malformation congénitale.
Dans ce cas le patient ou la famille doivent être obligatoirement informés ainsi que l'Agence régionale de santé (ARS).
Une procédure spécifique de déclaration existe au CHU. Le responsable médical est le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (Dr BLASCO) ou sa suppléante (Dr de GRIVEL).

✚ Cas des événements indésirables (hors EIG)
Les professionnels sont encouragés à signaler dans le cadre d'une charte interne, mais ce signalement reste **un acte volontaire.**

IV. SIGNALER UN EI PEUT-IL ENTRAINER DES SANCTIONS ?

Dans le cadre d'une charte relative au signalement des EI, la direction générale et le président de la CME s'engagent sur un principe de non sanction et de développement d'une démarche centrée sur la

notion de l'erreur positive (tirer des leçons des erreurs commises) en vue de la mise en place d'actions correctives visant à éviter que ces erreurs ne se reproduisent.

V. QUE FAUT-IL DÉCLARER ET QUI EST RÉFÉRENT DANS LE DOMAINE ?

✚ Je signale tous les événements indésirables (EI)
- Qui ont ou auraient pu causer des dommages aux personnes, à leurs biens ou à l'hôpital.
- Qui ont un impact sur la sécurité ou sur la qualité de la prise en charge des patients.

✚ EI génériques :
événements en lien avec la prise en charge des patients : erreurs commises lors de la réalisation d'un acte ou d'un soin, erreurs d'identité, report d'examens, défaut de coordination…
Autres événements : vols, intrusions, dysfonctionnements techniques, informatiques…
Mme EL FARAH - Tél. 18 594
helfarah@chu-besancon.fr
Dr BLASCO – Tél. 69 210
gblasco@chu-besancon.fr

✚ EI liés à la prise en charge médicamenteuse :
erreur pouvant concerner une ou plusieurs étapes du circuit du médicament : prescription, calcul de doses, étiquetage, erreur de patient lors de l'administration.
Dr MOCKLY-POSTAL
Tél. 68 156
hmockly@chu-besancon.fr

✚ Je signale tous les incidents liés aux vigilances

HÉMOVIGILANCE :
événement en lien avec l'usage de PSL susceptible d'affecter la sécurité ou la qualité de ce produit et mettant la vie du patient en danger.
Dr BOURCIER V.
Tél. 68 905

INFECTIOVIGILANCE :
événement relevant d'une infection associée aux soins ayant un caractère rare ou grave.
Dr BAILLY P.
Tél. 32 138

PHARMACOVIGILANCE :
suspicion d'effets indésirables d'un médicament ou d'un médicament dérivé du sang

(à posologie normale ou relevant d'un mésusage ou d'une erreur médicamenteuse).
Dr VALNET-RABIER
Tél. 68 481

MATÉRIOVIGILANCE :
événement relevant de l'usage de dispositifs médicaux.
Dr CHOULET - Tél. 68 354

RÉACTOVIGILANCE :
événement relevant de l'usage de dispositif de diagnostic *in vitro*.
Dr MURET - Tél. 32 034

BIOVIGILANCE :
événement en rapport avec le prélèvement d'organes ou de tissus, le lait maternel, la préparation de thérapie cellulaire.
Dr VERDY - Tél. 68 515

COSMÉTOVIGILANCE :
événement en lien avec l'usage de produit cosmétique.
Dr CASTELAIN - Tél. 18 886

AMP VIGILANCE :
événement en rapport avec les techniques d'assistance médicale à la procréation.
Dr BERDIN - Tél. 18 807



COMMENT DÉCLARER UN EI OU UN INCIDENT LIÉ AUX VIGILANCES ?

• Prévenez votre cadre de santé.

• S'il s'agit d'un événement grave, contactez le coordonnateur des risques associés aux soins ou le correspondant de vigilance concerné par téléphone.

• Faites une déclaration dans Ennov sur le portail de signalement intranet.

Les formulaires non disponibles sur Ennov sont accessibles en pdf sur le portail intranet. Les remplir et les transmettre par mail au vigilant concerné.

4 LA GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE) ET LE PLAN BLANC



I. QU'EST-CE QU'UNE SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE (SSE) ?

✚ Les SSE sont des situations susceptibles d'engendrer :

• une augmentation **immédiate et imprévisible de la demande de soins** (afflux massif de victimes au CHU). Exemple : accidents (de la route, ferroviaire, aérien, industriel), attentats (balistique, explosion, voiture bélier…), avec ou sans risques chimique, nucléaire ou radiologique (NRC),

• ou une **déstabilisation plus ou moins durable du fonctionnement de l'hôpital**, comme par exemple : épidémies (Covid-19, grippe, gastroentérite), événements climatiques (canicule), cyberattaque, etc.

✚ Pour faire face aux SSE

• Le CHU prépare et met en œuvre, la mobilisation interne des ressources et des personnels dans un 1er temps et dans un 2e temps, la direction générale déclenche le plan blanc (dispositif central de gestion de crise sanitaire) si la situation s'aggrave.

• De plus, des exercices d'entraînement sont organisés régulièrement.

II. LES ÉTAPES DE LA GESTION D'UNE SSE

✚ La cellule de crise hospitalière(CCH) orchestre la gestion de la situation.

✚ Les règles de mobilisation des professionnels du CHU sont les suivantes :

• les professionnels **présents** dans l'établissement sont maintenus à leur poste,

• les professionnels qui ne sont pas en poste, ne reviennent au CHU **que s'ils sont rappelés par l'encadrement.**



✚ La prise en charge des patients ou des victimes est réalisée selon des procédures disponibles sur l'intranet, dans le classeur virtuel : *gestion de crise, plan blanc*

Nota : les pôles de 1re ligne : PURM, PARC, PIIC, PMCEA, possèdent leurs documents spécifiques de gestion de crise et de plan blanc, accessibles à partir du ***classeur virtuel spécifique de leur pôle.***

III. COMMENT ACCÉDER AUX DOCUMENTS DE LA GESTION DE CRISE ET DU PLAN BLANC SUR L'INTRANET ?

Les documents généraux institutionnels



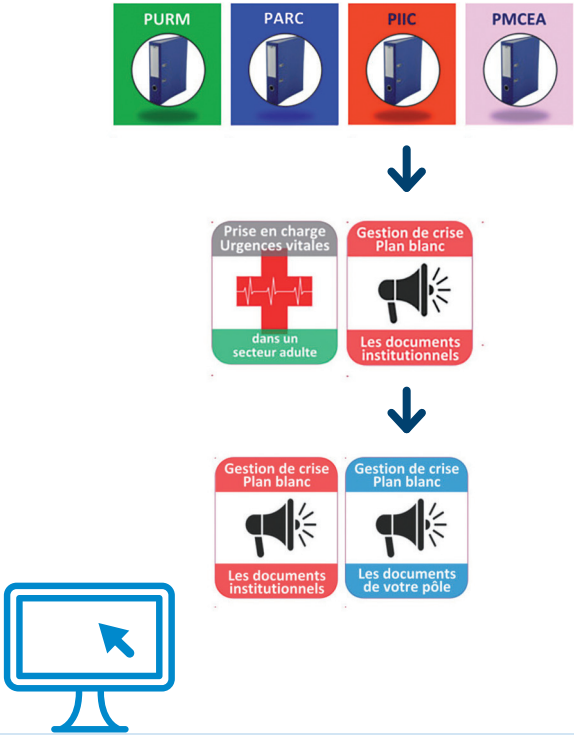
À partir de la page d'accueil de l'intranet, cliquez sur *Gestion de crise, plan blanc*



Les documents généraux s'appliquent à l'ensemble des services et des professionnels du CHU.

✚ Les documents spécifiques des pôles de 1re ligne (PURM, PARC, PIIC et PMCEA) sont accessibles à partir du classeur virtuel spécifique de chaque pôle

Cliquez sur la page d'accueil du classeur virtuel de pôle



5 LA DOULEUR ET LES SOINS PALLIATIFS



LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

I. QUELS SONT LES EXPERTS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AU CHU ?

Au sein de l'établissement, les responsabilités et les champs d'intervention sont définis de la manière suivante :

DOULEUR AIGUË PÉRI-OPÉRATOIRE	›	Département d'anesthésie
DOULEUR AIGUË RÉFRACTAIRE, REBELLE	›	Radiologie interventionnelle, neurochirurgie, anesthésie (interventions par les biais du CETD et/ou des soins palliatifs)
CHRONIQUE NON CANCÉREUSE	›	Centre d'évaluation et traitement de la douleur (CETD) Contact : Dr PICCAND (69 341) Secrétariat (68 509)
DOULEUR CHRONIQUE CANCÉREUSE	›	Équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) Unité de soins palliatifs (USP) Contact : secrétariat soins palliatifs (68 518) En dehors des heures d'ouverture (68 920)

QUELLES SONT LES CONSIGNES À CHAQUE ÉTAPE DU PARCOURS PATIENT ?

À L'ARRIVÉE DU PATIENT

• **J'évalue *a minima* quotidiennement la douleur et je trace le résultat au dossier.**
• **J'évalue la douleur comme toute autre constante** (pouls, tension, température). Je demande au patient s'il ressent une douleur :
• si oui, j'évalue l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle d'évaluation adaptée au profil du patient et validée (accessible sur Ideomed : onglet « évaluations » dans le « Dossier de soins »).
• si non, noter « 0 » ou « douleur absente ».
• **Je trace l'évaluation** dans le recueil de données ou le dossier de soins.

DURANT LE SÉJOUR

• **Devant l'existence de toute douleur,** je préviens le médecin pour définir la stratégie thérapeutique (avec pour les PRES « si besoin » un niveau de douleur précisé).
• **J'assure la traçabilité du traitement administré** et/ou des actes de soins prodigués pour calmer la douleur.
• **Réévaluation systématique :** j'évalue le résultat obtenu dans les 2 h avec les mêmes outils d'évaluation et ce jusqu'au soulagement de la douleur du patient.

À LA SORTIE

• **Je vérifie que le patient a l'ordonnance de sortie** adaptée à la prise en charge de sa douleur.

LES DROITS DES PATIENTS EN FIN DE VIE

I. QUELLE EST L'ORGANISATION DES SOINS PALLIATIFS AU CHU

• **Tous les professionnels de santé** sont concernés et peuvent pratiquer les soins palliatifs.

• **L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) adulte ou pédiatrique (ERSPP)** peut être sollicitée pour collaborer avec les professionnels référents dès lors qu'il existe des éléments de complexité (difficulté éthique, symptomatique, socio-familiale…).

• **L'unité de soins palliatifs (USP)** est un service hospitalier de court séjour destiné à prendre en charge les patients les plus complexes.

Contact secrétariat soins palliatifs : tél. 68 518
-
En dehors des heures d'ouverture : tél. 68 920

II. QUELS SONT LES GRANDS PRINCIPES À METTRE EN ŒUVRE DANS LE CADRE D'UNE DÉMARCHE PALLIATIVE

Une information juste, claire et honnête du patient et/ou des parents dans le cas d'un enfant.

• **Tracez les modalités et le contenu de l'information délivrée** dans les observations médicales.

Le recueil des volontés du patient.

• Informez le patient sur son droit à rédiger des **directives anticipées**, recueillez-les si elles sont rédigées.

• Recueillez les informations relatives à la **personne de confiance** et informez le patient sur ses missions.

• Tracez systématiquement ces deux étapes dans Ideomed.

• Si les **directives anticipées** ou le formulaire de désignation de la personne de confiance sont transmis par le patient, faites les suivre aux secrétaires médicales pour classement dans Axigate (onglet « Directives »).



Un flyer spécifique annexé au livret d'accueil peut vous aider dans cette démarche.

La mise en œuvre d'une démarche palliative interdisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée.

• **Définition d'un projet de soins réfléchi avec toute l'équipe** et en cohérence avec les volontés du patient.

• **Intégration des composantes suivantes :** prendre en charge la douleur, les symptômes, la souffrance psychologique ; identifier et arrêter les traitements et investigations déraisonnables ; identifier les situations pouvant relever d'une sédation profonde et continue.

• Mise en œuvre d'une réunion collégiale **dans le cas où le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté**, pour définir le projet thérapeutique et ses limites en intégrant la question de l'obstination déraisonnable. Par ailleurs, pour réfléchir à la sédation profonde et continue quand la question se pose.

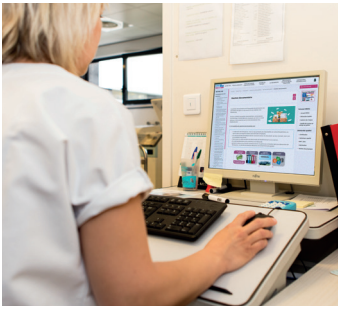
• Tracez systématiquement les décisions prises collégialement dans le dossier du patient et en informer l'équipe.



POUR EN SAVOIR +

› Où trouver les informations essentielles concernant la douleur et la fin de vie sur l'intranet ?
Mots-clés pour le moteur de recherche :
douleur et ***palliative***

6 LA GESTION DOCUMENTAIRE



I. POURQUOI GÉRER LES DOCUMENTS ?

La gestion documentaire est un outil de **maîtrise de l'information.**

Elle doit permettre de garantir à tous les professionnels du CHU, **l'accessibilité à des informations justes et actualisées, coordonnées, harmonisées et cohérentes** quel que soit le support utilisé (papier ou numérique).

ET EN PRATIQUE DANS MON SERVICE, JE M'IMPLIQUE COMMENT ?

✚ **J'utilise des documents à jour et en vigueur.**

✚ **Je me connecte sur l'intranet pour accéder aux *classeurs virtuels*.**

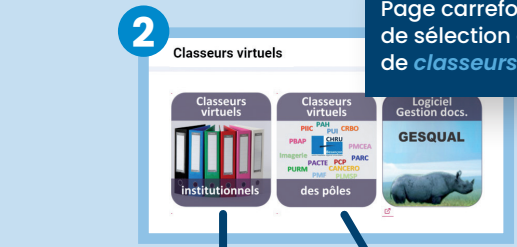
POUR EN SAVOIR +

Pour toute question concernant la gestion documentaire, vous pouvez contacter par mail :

- **Valérie RENARD, ingénieur qualité référent de la DQ, pour la gestion documentaire : v1renard@chu-besancon.fr**
- **Pour les pôles ayant des gestionnaires de documents, contactez votre cadre pour avoir ses coordonnées.**



À partir de la page d'accueil de l'intranet, cliquez sur *classeurs virtuels*



Page carrefour de sélection des types de *classeurs virtuels*





7 LE PARCOURS PATIENT



QU'EST-CE QUE LE PARCOURS DU PATIENT ?

C'est organiser, coordonner et optimiser le séjour d'un patient en hospitalisation programmée ou non, avec l'ensemble des acteurs hospitaliers et les partenaires externes dans le cadre d'une approche globale.

✚ Son objectif ?

Permettre aux patients de recevoir les soins requis avec des professionnels qualifiés à chaque étape de leur prise en charge.

A - L'accueil du patient / l'évaluation d'arrivée



ARRIVÉE DANS LE SERVICE

- J'accueille le patient.
- Je vérifie son identité. Je l'accompagne dans la chambre et lui propose le bracelet d'identification.



PERSONNEL PARAMÉDICAL

- J'effectue le recueil de données, des besoins et habitudes de vie du patient.
- J'évalue l'état de santé, repère les risques (dénutrition, risque suicidaire…) et alerte le médecin si besoin.
- Je remets et j'explique au patient le livret d'accueil.
- Je lui propose de désigner une personne de confiance.
- Je recherche l'existence de directives anticipées.



MEDECIN RÉFÉRENT

- Je m'entretiens avec le patient de son état de santé, des traitements et examens et je pose un premier diagnostic.
- J'annonce la durée prévisible de la prise en charge et du séjour.
- J'évalue les risques du patient (dénutrition, suicide, allergies, risque de chute…) et je prends les mesures adaptées.
- J'indique la possibilité pour la famille de prendre RDV avec moi-même.

B - L'évaluation continue de l'état de santé du patient / Le projet personnalisé de soins (PPS)

L'évaluation de l'état de santé du patient réalisée tout au long du séjour est tracée dans son dossier et alimente le projet personnalisé de soins. Ce projet traduit l'adéquation des soins aux besoins des patients par la mobilisation et la coordination de tous les professionnels de santé.

815

URGENCE VITALE

EN PSYCHIATRIE

J'évalue l'état de santé somatique et psychologique du patient. J'adapte les soins au patient. Je propose de rédiger un projet de soins avec le patient.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Partie intégrante du parcours, elle vise à rendre autonome le patient en le considérant comme un véritable acteur de sa prise en charge pendant et après l'hospitalisation.

CONTENTION MCO

Je motive le recours à la contention qui relève d'une décision médicale (prescription). Elle doit être prise en dernier recours, proportionnée, réévaluée tout au long de l'hospitalisation et tracée dans le dossier du patient. Le patient et/ou sa personne de confiance doit être informé.

PPS réajusté, en continu, mentionné dans le dossier

RÉUNIONS STAFF

Réflexion, bénéfice, risque des traitements et examens.

EXAMENS RADIOLOGIQUES ET BIOLOGIE

La demande prescrite par le clinicien est argumentée, datée, signée. Le patient est informé des motifs, déroulement, bénéfices et risques des examens.

DOULEUR

EVA
J'utilise une échelle adaptée à l'état du patient pour évaluer sa douleur. Le médecin adapte la prescription médicamenteuse.

RISQUE SUICIDAIRE

La vigilance de tous s'impose. Comment le détecter ? Quand alerter ? Devant toute interrogation : je contacte le service des consultations en psychiatrie. N'oubliez pas : une formation interne existe !

ESCARRES

Je veille à la prévention des escarres. Je surveille la mobilité et la nutrition du patient.

TROUBLES NUTRITIONNELS

Je pèse et je mesure le patient en vue du dépistage des troubles nutritionnels. Face à la dénutrition ou autres troubles nutritionnels en référer au médecin qui fera intervenir l'équipe diététique si nécessaire.

C - La préparation de la sortie : étape finale du parcours

La préparation de la sortie du patient s'inscrit dans la continuité de sa prise en charge en lien avec la ville.

Quand ?
Le plus tôt possible après l'admission.

Comment ?
Avec les professionnels de ville, les établissements d'aval (EHPAD, centre de soins de suite, SSR, prestataires de soins…) en adaptant les aides à domicile et en repérant les patients à risque élevé de ré-hospitalisation.

Pourquoi ?
Prévenir les réhospitalisations et garantir la continuité des soins.

LES INDISPENSABLES À LA SORTIE

- LA LETTRE DE LIAISON
- LA PRESCRIPTION DE SOINS PARAMÉDICAUX À DOMICILE
- LES RECOMMANDATIONS DE SURVEILLANCE
- L'ORDONNANCE DE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE
- LES CONSEILS ALIMENTAIRES SI NÉCESSAIRE
- LES RENDEZ-VOUS DE CONSULTATIONS DE SUIVI
- LE QUESTIONNAIRE DE SORTIE E-SATIS

8 LA GESTION DU RISQUE INFECTIEUX ET LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES



LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (IN) sont des infections contractées dans un établissement de santé. On estime qu'un patient sur 20 développera une IN au cours de son séjour. Certaines auront de graves conséquences pour le patient.

Les IN les plus fréquentes sont les infections urinaires, les pneumopathies, les infections du site opératoire et les bactériémies.

L'ORGANISATION REPOSE SUR :

- le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales),
- l'EOH (équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière),
- les correspondants en hygiène dans chaque service,
- la CAI (commission des anti-infectieux),
- la CISAI (consultation inter-service en infectiologie et en antibiothérapie).

I. EN PRATIQUE, COMMENT JE M'IMPLIQUE DANS LA LUTTE CONTRE LA DIFFUSION DES AGENTS INFECTIEUX ?

JE RESPECTE LES PRÉCAUTIONS STANDARD POUR TOUT PATIENT



• Je me désinfecte les mains avec une solution hydroalcoolique (SHA) avant tout contact avec le patient, immédiatement avant un geste aseptique, après tout contact avec le patient ou son environnement.



• Je porte des gants lors de risque de contact avec les liquides biologiques (urine, sang…), les muqueuses ou la peau lésée.



• Je porte un masque et des lunettes de protection si les soins sont à risque de projection ou d'aérosolisation.



• Je porte un tablier plastique à usage unique lors de soins mouillants avec risque de projection (toilette, aspiration…) et lors de l'entretien des locaux.

JE RESPECTE LES PRÉCAUTIONS STANDARD POUR LES SOIGNANTS

• Je retire mes bijoux, j'ai les ongles courts sans vernis et les cheveux attachés.
• Je remets ma tenue civile pour aller au self du CHU.
• Je porte un masque quand je tousse.
• Je me vaccine tous les ans contre la grippe saisonnière.

J'INSTALLE DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES (PC) SUR PRESCRIPTION MÉDICALE

• Lors de la prise en charge des patients colonisés et / ou infectés par certains agents infectieux notamment certaines bactéries multi résistantes aux antibiotiques.

• Les PC sont de trois types selon l'agent infectieux : contact, gouttelette et air.

• Selon le type, j'affiche le document correspondant devant la chambre du patient (disponible sur l'intranet de l'hygiène).

• Lors d'un transport du patient (scanner, bloc), je signale le type de PC à prendre grâce à un triangle spécifique.

CAS PARTICULIER DES BHRE (bactéries hautement résistantes et émergentes) :

- en cas d'alerte informatique sur le logiciel d'admission « Patient porteur de BHRe »,

- en cas de patient ayant été hospitalisé récemment à l'étranger (délai d'1 an).

Il faut admettre le patient porteur en chambre seule avec des PC CONTACT RENFORCÉES et prévenir l'EOH.



➤ Où trouver les informations essentielles concernant la douleur et la fin de vie sur l'intranet ?
Mot-clé moteur de recherche sur l'intranet : ***hygiène hospitalière***

II. EN PRATIQUE, COMMENT JE M'IMPLIQUE DANS LE BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES ?

A - J'évalue la pertinence d'introduire une antibiothérapie

• Si je prescris une antibiothérapie, je suis les recommandations disponibles sur le guide des anti-infectieux (intranet, rubrique ***classeur virtuel***).

B - Je prescris les prélèvements microbiologiques

• Sauf situation exceptionnelle, les prélèvements doivent être faits avant antibiothérapie (hémocultures, ponction lombaire, ECBU).



En cas d'urgence, un avis spécialisé auprès d'un infectiologue (CISAI) est possible :

appel urgent au 19 090

C - Je réévalue la prescription d'antibiotiques à J3 et trace ces informations dans le dossier du patient.

Questions à se poser :

- Quel est mon diagnostic ?
- Quel est l'état clinique du patient ?
- Est-ce que j'ai une documentation bactériologique ?

Avec les réponses à ces 3 questions, je peux prescrire l'antibiothérapie adaptée en bornant sa durée.

III. EN PRATIQUE, LES GRANDES RÈGLES DE L'ANTIBIOPROPHYLAXIE

L'antibioprophylaxie consiste en l'administration d'un antibiotique afin d'empêcher le développement d'une infection précise dans des actes médicaux à haut risque de contamination bactérienne.

Au bloc opératoire et selon le type de chirurgie elle peut réduire de 50 % le risque d'infection du site opératoire.

A - Les règles de l'antibioprophylaxie

• Le choix de l'antibiotique est basé sur des recommandations d'experts nationaux (infectiologues, anesthésistes, chirurgiens).

• Ces recommandations sont publiées sous forme de protocole (choix de l'antibiotique, posologie, type d'acte chirurgical).

• Les protocoles sont régulièrement réactualisés en fonction des données de la littérature scientifique.

B - Les principes de l'antibioprophylaxie

• L'antibiotique choisi doit être adapté à la cible bactériologique et à l'intervention concernée afin d'avoir des concentrations tissulaires efficaces sur le site chirurgical.
• L'antibioprophylaxie doit être débutée avant l'intervention.
• La durée de prescription doit être brève : le plus souvent 1 injection per opératoire et ne jamais dépasser 48 h.

C - Les étapes de l'antibioprophylaxie

1. Prescription
Elle est réalisée lors de la consultation préopératoire et dépend du type d'acte, des facteurs de risque du patient et de l'écologie bactérienne du service.

2. Administration
Elle est réalisée au bloc opératoire et doit précéder l'intervention d'environ 30 minutes. La dose initiale est souvent le double de la posologie usuelle. Elle est également adaptée chez le patient obèse ou insuffisant rénal.

3. Traçabilité
L'administration de l'antibioprophylaxie doit être vérifiée lors de la réalisation de la check-list de bloc. Chaque étape doit être tracée dans le dossier anesthésique du patient.

POUR EN SAVOIR +

Intranet > ***Classeurs virtuels*** > ***Documents institutionnels*** > ***Guide des antiinfectieux*** *(antibiotiques / antifongiques).*

9 LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE



LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE AU CHU : UNE IMPLICATION PLURIDISCIPLINAIRE AU BÉNÉFICE DU PATIENT

LA PRESCRIPTION EST UN ACTE MÉDICAL

LA DISPENSATION EST UN ACTE PHARMACEUTIQUE

L'ADMINISTRATION EST UN ACTE INFIRMIER OU MÉDICAL

I. LA PRESCRIPTION

• À l'admission en tenant compte du traitement personnel du patient.
• Lisible et conforme à la réglementation : pas de prescription orale (hors urgences vitales), pas de retranscription, pas d'abréviation.
• Utilisation des protocoles informatisés.
• Anticipation avec des prescriptions « si besoin ».

II. LA DISPENSATION

• Analyse pharmaceutique de la prescription 7/7.
• Émission d'interventions pharmaceutiques.
• Mise à disposition d'informations.

III. LE STOCKAGE DANS L'UNITÉ DE SOINS

• Contrôle à réception au regard de la demande.
• Stockage dédié à accès limité + armoires/chariot

distribution fermés à clé ou à code.
• Dotations mises à jour.
• Rangements étiquetés et organisés par voie d'administration.
• Suivi quotidien tracé des températures des réfrigérateurs et congélateurs.
• Traçabilité de l'entretien et du suivi des péremptions.

IV. LA PRÉPARATION/ ADMINISTRATION

Elle implique :
• une vérification au regard
- de la prescription médicale,
- de la « règle des 5B »,
• une identification du médicament jusqu'à l'administration (libellé, dosage, péremption, n° lot),
• pas de déconditionnement à l'avance,
• pour les injectables, privilégier les étiquettes issues du logiciel de prescription et l'utilisation de la douchette,
• enregistrement de l'administration ou de la non administration des traitements en temps réel sur le support de prescription par la personne ayant administré les traitements.



POUR EN SAVOIR +

Trouvez les informations essentielles sur l'intranet dans les classeurs virtuels institutionnels suivants :

mots-clés pour le moteur de recherche : ***classeur virtuel médicaments, classeur virtuel, dispositifs médicaux*** et ***guide anti-infectieux***

V. LA SURVEILLANCE DU PATIENT

• Surveillance adaptée au traitement.
• Au changement d'équipe, contrôle systématique des injectables et de la programmation des pompes et PSE.
• L'information du patient sur son traitement est une activité partagée entre les prescripteurs, l'équipe soignante et le pharmacien.
• Elle est consignée par tous les intervenants dans le dossier du patient.

FOCUS SUR LE TRAITEMENT PERSONNEL DU PATIENT

• Pas de traitement personnel dans les chambres des patients.
• Stockage dans une zone sécurisée de la salle de soins au nom du patient.
• Une plaquette explicative pour le patient « Mes médicaments au CHU » est remise avec le livret d'accueil.
Conditions restreintes d'utilisation :
• hospitalisation de moins de 72 h,
• traitement identifiable dans son conditionnement d'origine…

FOCUS SUR L'AUTO ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS ET L'AUTONOMIE DU PATIENT

Cela implique :

• l'évaluation/réévaluation régulière de l'autonomie du patient par l'IDE et le médecin avec une traçabilité dans son dossier.
3 niveaux d'autonomie : « non autonome », « autonomie en cours d'acquisition », « autonome »,
- la distribution au patient des traitements aux horaires de prise avec la prescription ou le plan de prise,
- la traçabilité de la prise sur le support de prescription avec la mention « pris en autonomie » et reprise des médicaments non utilisés pour un stockage sécurisé dans la salle de soins.

CONTACTS

- Cellule d'information sur le médicament (CIM) : tél. 68 736

- Déclaration événement indésirable lié à la prise en charge médicamenteuse Dr H. MOCKLY-POSTAL : tél. 68 156

- Déclaration de pharmacovigilance : tél. 68 474 ou par fax au 68 558

- Autres : secrétariat de la pharmacie, tél. 68 797 qui vous orientera.

10 L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS À RISQUE



I. LA LISTE DES MÉDICAMENTS À RISQUE AU CHU ET LES CONSIGNES GÉNÉRALES

• La liste est affichée en salle de soins.
• La liste est adaptée à l'unité de soins (les médicaments qui concernent mon unité sont cochés).
• Les barrières sont en place aux étapes du circuit qui le nécessitent (prescription, analyse pharmaceutique, stockage en US et à la pharmacie, administration).
• Je peux donner des exemples des médicaments que j'utilise au quotidien.

1 ANTICOAGULANTS
2 KCI INJECTABLES
➜ par extension des autres solutés hypertoniques
3 INSULINE
4 MÉTHOTREXATE VOIE ORALE (hors cancérologie)
5 GAZ À USAGE MÉDICAL
6 SPÉCIALITÉS UTILISÉES EN ANESTHÉSIE
7 MODES DE PRÉPARATION À RISQUE (certains injectables selon US)
8 ANTICANCÉREUX NOTAMMENT EN PÉDIATRIE
9 PETITS CONDITIONNEMENTS UNIDOSES EN MATIÈRE PLASTIQUE
10 VOIE INTRATHÉCALE AU LIEU DE LA VOIE PARENTÉRALE
11 VOIE PARENTÉRALE AU LIEU DE LA VOIE ORALE OU ENTÉRALE
12 DISPOSITIFS D'ADMINISTRATION ACTIFS (pompe, PCA, PSE)

II. RÈGLES GÉNÉRIQUES VISANT À SÉCURISER L'UTILISATION DES MÉDICAMENTS À RISQUE

• Je sais repérer les médicaments à risques dans l'armoire à pharmacie ou le réfrigérateur de mon unité de soins (picto/étiquettes).
• Je respecte la protocolisation des prescriptions (prescriptions type sur le logiciel de prescription/administration).
• Je lis toujours l'étiquette avant l'administration d'un médicament.
• Je connais et respecte les modalités de stockage et d'étiquetage des médicaments à risque.
• J'utilise les dispositifs sécurisés mis à disposition dans mon unité pour l'administration des médicaments.
• Je revérifie la programmation des pompes, PCA ou pousse-seringue des patients à ma prise de poste.

POUR EN SAVOIR +

Retrouvez les informations essentielles sur l'intranet mots-clés dans le moteur de recherche :
never ou ***events***
ou ***medarisk*** ou ***liste risque***

11 LES URGENCES VITALES INTRAHOSPITALIÈRES



QU'EST-CE QU'UNE URGENCE VITALE ?

On parle d'urgence vitale lorsque le pronostic vital d'un patient est engagé, c'est-à-dire lorsque des soins rapides et adaptés doivent être administrés pour lui sauver la vie. L'arrêt cardiaque constitue l'urgence vitale absolue.

I. QUELLES SONT LES MODALITÉS D'ALERTE

- L'alerte s'applique aux **urgences vitales survenant au sein de l'établissement.**

Elle concerne les patients, les visiteurs ou les professionnels hospitaliers.

- Numéros d'appel dédiés aux urgences vitales :

815	14115
ADULTES	PÉDIATRIQUES

- Précisez le lieu (bâtiment, service, étage, numéro de chambre) et s'il s'agit d'un arrêt cardiaque ou d'un autre type.

II. PREMIERS GESTES S'IL S'AGIT D'UN ARRÊT CARDIAQUE

- Libérer les voies aériennes et commencer immédiatement le massage cardiaque.
- Faire apporter le chariot d'urgence et le défibrillateur.
- Faciliter l'accès au lit.

POUR EN SAVOIR +

- Classeur virtuel > Guide du chariot d'urgence > Prise en charge des urgences vitales (secteur adulte)
- Classeur virtuel > Guide du chariot d'urgence > Prise en charge des urgences vitales (secteur pédiatrique)

III. TRAÇABILITÉ DE L'ALERTE ET DE LA PRISE EN CHARGE PAR L'ÉQUIPE DE SOINS DU SERVICE

- Remplir systématiquement la fiche dupliquée « Traçabilité de l'alerte et de la prise en charge immédiate d'un arrêt cardiaque » (à disposition sur le chariot d'urgence).
- Un exemplaire suit le patient en réanimation et sera conservé dans son dossier.
- L'autre exemplaire est gardé dans le porte-folio « Guide chariot d'urgence ».

Les formations proposées au CHU

- **L'AFGSU** 1 est destinée à l'ensemble des personnels non professionnels de santé.
- **L'AFGSU 2** est destinée à l'ensemble des professionnels de santé.

Les règles de bon usage du chariot d'urgence

- Le chariot d'urgence doit être aisément et rapidement accessible.
- Son contenu doit être vérifié au minimum mensuellement selon un planning prévisionnel établi et après chaque utilisation.
- La vérification du chariot d'urgence doit être tracée.
- Le chariot d'urgence doit être scellé après chaque vérification.

12 LE DOSSIER PATIENT



- **Un outil de partage des informations entre professionnels de santé**
- **Un élément clef de la coordination et de la continuité des soins permettant d'accéder, en temps utiles, aux différentes étapes de la prise en charge des patients.**

I. QUE DOIT CONTENIR LE DOSSIER DU PATIENT ?

• **La lettre du médecin** à l'origine de l'admission du patient.

• **L'observation médicale d'admission.**

• **Les soins** dispensés et **les prescriptions** établies aux urgences.

• Les informations relatives à **la prise en charge médicale et paramédicale** en cours d'hospitalisation.

• Les informations relatives aux **soins dispensés par les autres professionnels de santé.**

• **Le dossier de soins** ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers.

• **Le dossier d'anesthésie.**

• **Le compte rendu opératoire** ou d'accouchement.

• **Le consentement écrit du patient** pour les situations réglementaires le nécessitant.

• **Les actes transfusionnels** pratiqués et l'éventuelle fiche d'incident transfusionnel.

• Les éléments relatifs à la prescription et à **l'administration médicamenteuse.**

• Les éléments relatifs à la prescription et à la réalisation d'**examens complémentaires.**

• **Les correspondances** échangées entre professionnels de santé.

• **Les directives anticipées si le patient en a rédigé** (ou les coordonnées de la personne qui en est détentrice) ainsi que **le formulaire de désignation de la personne de confiance.**

• **Une lettre de liaison** donnée au patient à sa sortie.

• **Les doubles d'ordonnances de sortie.**

TOUTES LES PAGES DE DOCUMENTS (VERSION PAPIER) DOIVENT COMPORTER L'IDENTIFICATION DU PATIENT (ÉTIQUETTES PASTEL) ET ÊTRE DATÉES

II. QUEL FORMAT POUR LE DOSSIER : INFORMATISÉ OU PAPIER ?

Le CHU s'engage résolument dans la voie de l'informatisation complète du dossier du patient avec un démarrage par quelques services pilotes mi 2023 et une généralisation progressive à l'ensemble des services à partir du second semestre 2024.

Durant la phase transitoire de l'informatisation progressive du nouveau DPI et jusqu'à l'archivage numérique, les supports papier et informatisés coexistent avec une organisation formalisée.

III. QUELLE EST LA DURÉE DE CONSERVATION DES DOSSIERS ?

• **20 ans** à compter de la dernière hospitalisation ou consultation.
• **30 ans** pour le dossier comportant une mention transfusionnelle, et les dossiers de patients prélevés ou greffés (dossiers identifiés par une étiquette rouge).

• **Jusqu'à l'âge de 28 ans** pour les mineurs de moins de 8 ans.

• **10 ans après le décès** pour les patients décédés au CHU (dossiers avec étiquette noire).

IV. CONSERVATION DES DOSSIERS, COMMUNICATION AUX PATIENTS ET ÉVALUATION DU CONTENU

• Dans les services de soins : durant 18 mois (voire moins lorsque les contenants sont saturés).

• Au service central des archives.

EN FIN DE SÉJOUR, LES SECRÉTAIRES S'ASSURENT QUE LE CLASSEMENT DANS LE DOSSIER EST EFFECTUÉ ET ELLES SUPPRIMENT LES DOCUMENTS FIGURANT EN DOUBLE



COMMENT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS EST-ELLE ASSURÉE ?

• L'accès aux dossiers papier est protégé et surveillé : en salle de soins, bureau des internes, secrétariats, les dossiers sont rangés dans des « contenants » sécurisés.

• L'accès aux dossiers informatisés est restreint par des codes d'accès et des profils utilisateurs.

COMMUNICATION DES DOSSIERS AUX PATIENTS

• Les copies de dossiers doivent être transmises par l'hôpital dans un délai de 60 jours pour les dossiers de plus de 5 ans et de 8 jours pour des dossiers de moins de 5 ans.

COMMENT LA TENUE DU DOSSIER EST-ELLE ÉVALUÉE ?

• **Indicateurs IQSS** (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) : une évaluation dans un cadre national.
Les indicateurs IQSS sont obligatoires et recueillis tous les ans. Ces indicateurs sont affichés dans les services de soins à la disposition des professionnels et du public.

• **Indicateurs IQUAD :** une évaluation dans le cadre du CHU. Depuis 2013, l'utilisation d'un outil commun d'évaluation développé par la direction qualité, permet aux services de réaliser l'autoévaluation de la tenue de leurs dossiers.
Les résultats sont mis à la disposition des responsables médicaux et paramédicaux des services sur l'intranet (espace réservé à l'évaluation de la qualité de chaque service).

13 LES DROITS ET L'INFORMATION DES PATIENTS



I. LE DROIT DU PATIENT À L'INFORMATION

L'information délivrée au patient (et/ou à sa personne de confiance) doit lui permettre d'être acteur de sa prise en charge. Elle doit être claire, loyale et adaptée à ses capacités de compréhension afin qu'il soit en mesure de prendre lui-même les décisions le concernant.
Les modalités d'information doivent tenir compte de chaque situation (enfant mineur, personne âgée, en précarité, situations de handicap).

✚ Que doit contenir cette information ?

• Les différents examens, traitements proposés et les conséquences sur la vie du patient.
• Les risques fréquents ou graves normalement prévisibles.
• Les autres solutions possibles.
• Les conséquences prévisibles en cas de refus de soins.

✚ Qui doit informer le patient ?

• **Les médecins et internes** assurent l'information des personnes soignées pour tout traitement médical qui nécessite le consentement libre et éclairé du patient.

• **Les personnels paramédicaux** participent à cette information dans leur domaine de compétence.

✚ Traçabilité de l'information

• **Aucune obligation d'information écrite au patient (hormis dans certaines situations particulières).**

• **Cependant les modalités et le contenu de l'information délivrés lors de l'entretien oral doivent être tracés dans le dossier.**
C'est une preuve en cas de litige ou de contestation.

✚ Le refus de soins

• Une liberté fondamentale du patient qu'il convient de respecter.
Toutefois le médecin doit informer sur les risques du refus et vérifier que le patient a bien compris les conséquences de son choix et leur gravité.

• Il convient alors de faire signer **une attestation de « Refus de soins » et de tracer l'entretien dans le dossier.**

II. LA DÉSIGNATION D'UN TIERS

✚ La personne à prévenir

C'est la personne que le service contactera en priorité, en cas de besoin (aggravation de l'état de santé).

✚ La personne de confiance

C'est une personne majeure, en qui le patient a confiance, et avec laquelle il a parlé de **ses convictions et de ses choix concernant sa santé.**

Elle pourra, avec son accord, l'accompagner lors des entretiens médicaux et s'il n'est plus en mesure d'exprimer ses souhaits concernant sa santé, elle pourra recevoir l'information à sa place et être consultée pour la prise de décision.



La proposition de désigner une personne de confiance doit être systématique lors de l'entretien d'accueil du patient et mentionnée dans le dossier de soins (Ideomed).

Le formulaire de désignation doit être classé dans le dossier pour être accessible (logiciel Axigate ➜ onglet Directives).

• Lors de l'entretien d'accueil, l'infirmier·e vérifie auprès du patient s'il a rédigé des directives anticipées et le trace dans Ideomed.

• Si le patient souhaite plus d'informations, il est conseillé de l'orienter vers le médecin ou l'interne qui le prend en charge.

• Si le patient transmet ses directives anticipées, les classer dans son dossier (logiciel Axigate ➜ onglet Directives).

III. LES DIRECTIVES ANTICIPÉES

• **Déclaration écrite** sur laquelle le patient précise **ses choix thérapeutiques et ses refus de traitements.**

• Elles servent à guider l'équipe de soins en complément de la personne de confiance, lorsque le patient est incapable d'exprimer lui-même ses volontés. **Elles s'imposent au médecin.**

• Leur contenu prévaut sur tout autre avis non médical, y compris sur ce que rapportera la personne de confiance.

• Elles sont modifiables à tout moment.



POUR EN SAVOIR +

➤ Le flyer ***La personne de confiance et les directives anticipées*** annexé au livret d'accueil du patient.

IV. L'INTIMITÉ, LA DIGNITÉ, LA CONFIDENTIALITÉ ET LA BIENTRAITANCE

LES GESTES À ADOPTER

• **Frapper avant d'entrer** dans la chambre du patient.

• **Se présenter au patient** avant de l'examiner ou de lui administrer un soin.

• **Vouvoyer le patient et expliquer les soins** qui seront délivrés.

• **Utiliser les paravents ou les rideaux** autant que de besoin.

• **Respecter le secret médical :**
il convient de veiller à la confidentialité des informations au cours d'échanges professionnels survenant dans les espaces communs du CHU.

• Veiller à une tenue décente.

• Porter une attention particulière aux personnes vulnérables (personnes âgées, en situation de handicap, enfants) et favoriser la présence de leurs proches.

• Préserver au maximum l'autonomie des patients.

V. L'EXPRESSION DES PATIENTS

✚ Enquête de satisfaction e-Satis

• Dans le cadre de cette enquête obligatoire dans tous les établissements de santé, le patient (ou sa famille) est consulté sur la perception de son séjour à l'hôpital.

• Le patient reçoit sur son adresse mail dans les 15 jours qui suivent sa sortie un questionnaire de satisfaction à compléter en ligne.

• Si le patient n'a pas ou ne veut pas donner son adresse mail, il peut néanmoins s'exprimer sur le questionnaire papier du livret d'accueil du CHU.

En pratique :

• Demander au patient lors de l'entretien d'accueil s'il a

déjà donné son adresse mail lors de son admission. Le cas échéant, incitez-le à remplir le questionnaire papier et à le déposer dans la boite à la sortie du service.

• Consulter la synthèse des questionnaires de sortie de votre service sur l'intranet, rubrique ***Prise en charge qualité des soins*** puis sur l'espace réservé évaluations.

✚ Plaintes et réclamations

• En cas de réclamation d'un patient, saisir le cadre du service ou le médecin référent du patient.

• L'informer de la possibilité d'écrire un courrier à la direction des relations usagers.

• Indiquer au patient l'existence de la commission des usagers (affiche à l'entrée du service) et préciser la possibilité d'entretien avec les médiateurs médicaux et non médicaux qui lui fourniront des explications avec des mots simples et compréhensibles.

• Depuis fin 2022, des analyses formalisées des réclamations les plus pertinentes sont réalisées avec les directions des relations usagers, des soins, de la qualité et un représentant des usagers de la CDU. Ces analyses donnent lieu à des actions correctives concrètes intégrées au plan d'actions qualité des services.



POUR EN SAVOIR +

› Référez-vous à la synthèse des questionnaires de sortie de votre service dans l'espace réservé aux évaluations qualité sur l'intranet.

14 L'IMAGERIE



40 861 examens de scanner
12 915 examens d'IRM
36 532 échographies
142 679 examens radiologiques

4 695 examens TEP-TDM
7 337 examens scintigraphiques
151 traitements par thérapie interne vectorisée

Chiffres 2021

INFORMATION DU PATIENT

• À l'aide des fiches informatives des principaux examens d'imagerie (disponibles dans le logiciel institutionnel de gestion documentaire et le classeur institutionnel « Imagerie »).

UNE DEMANDE PRÉCISE

• **Utilisation du bon de demande du pôle imagerie, celui-ci doit comporter obligatoirement :**
- nom, prénom, date de naissance, taille et poids du patient,
- nom et signature du prescripteur, cachet du service, date de demande,
- les indications cliniques et les contre-indications,
- l'examen demandé et sa justification.

UNE RADIOPROTECTION ASSURÉE

• **Le bon examen, la bonne dose délivrée au bon patient.**
- Recueil de l'identité du patient aux différentes étapes de sa prise en charge.
- Port du bracelet d'identification.

• **L'optimisation de l'exposition du patient selon le principe « ALARA ».**
- Mise en place des nouvelles métriques pour améliorer la qualité d'image.
- Formation initiale et continue des professionnels utilisant les rayonnements ionisants.
- Cartographie de l'exposition : mise en place du logiciel informatique support de recueil de doses (DACS).

• Conduite à tenir en cas d'événement significatif de radioprotection (ESR).

• Utilisation de la procédure de déclaration d'un ESR.

• Réalisation d'un CREX.



POUR EN SAVOIR +

Consultez l'intranet : Pôles et services > Pôles cliniques et médicotechniques > Pôle imagerie

15 LA BIOLOGIE



En 2022, ce sont plus de 4 millions d'actes de biologie et d'anatomopathologie pris en charge par 225 ETP non médicaux et 29 ETP médicaux qui ont été réalisés au CHU.

DÉMARCHE QUALITÉ

• Le laboratoire est accrédité selon la norme NF EN ISO 15189 (n°8-3294 - Examens médicaux). Liste détaillée des examens de biologie médicale accrédités du laboratoire disponible sur www.cofrac.fr

Demande informatisée d'examen (DEX) avec :

• identification du patient,
• identification du prescripteur et du service,
• date et heure de prélèvement, nom du préleveur,
• examens demandés,
• renseignements cliniques.

PRÉ ANALYTIQUE

• Les conditions de prélèvement (nombre, nature, ordre, remplissage des tubes) sont disponibles sur le répertoire des examens :

chu-besancon.fr
> Professionnels
> Répertoire des examens de biologie > Répertoire des examens

• les prélèvements sont effectués par les personnels autorisés et étiquetés au lit du patient,
• les échantillons sont acheminés au laboratoire via le pneumatique (sauf cas particuliers).

RÉSULTATS

• Une liste restreinte d'examens dont les résultats sont transmis en urgence est disponible sur le répertoire des examens. Cette liste a été validée par la CME.
• En cas de résultat anormal, le laboratoire informe le service au plus vite.
• Les résultats sont transmis sur le serveur de résultats LOL (LaboOnline). Cette transmission est complétée par une édition papier pour les services qui le souhaitent.

16 LA PHARMACIE



LES MISSIONS DE LA PHARMACIE À USAGE INTÉRIEUR

• Déploiement de la pharmacie clinique : sécurisation, pertinence et efficience du recours aux produits de santé.

• Approvisionnement de l'hôpital en produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux stériles) : évaluation et sélection des produits, négociation et achat.

• Sécurisation de la dispensation :
- des dispositifs médicaux stériles (DMS) aux patients et mise en œuvre d'une traçabilité du circuit des dispositifs implantables stériles ;
- des médicaments aux patients hospitalisés et ambulatoires pour les médicaments dits « rétrocédables » ;
- des médicaments et DMS expérimentaux.

• Diffusion de l'information relative aux produits de santé à destination des professionnels de santé.

• Production de préparations personnalisées de médicaments anti-cancéreux et radio pharmaceutiques, de formulations pédiatriques assurant la sécurisation de la prise en charge des patients et des personnels.

• Stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables utilisés par les blocs opératoires et les unités de soins en vue de prévenir le risque infectieux lors des actes chirurgicaux et des soins prodigués aux patients.

• Participation à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la pharmacie et des produits de santé.

ENGAGEMENTS QUALITÉ

Au-delà de la certification HAS, les activités de rétrocession hospitalière, de pharmacotechnie et des essais cliniques sont certifiées ISO9001:2015.

LES CHIFFRES 2022

617 067 lignes de produits de santé délivrés (médicaments et dispositifs médicaux stériles)

20 773 implants tracés

51 000 chimiothérapies injectables produites

325 612 articles stérilisés

950 essais cliniques médicamenteux actifs

7 000 ordonnances rétrocédées

9 400 interventions pharmaceutiques

713 patients conciliés

524 entretiens pharmaceutiques



POUR EN SAVOIR +

➤ Consultez le site intranet du ***Pôle pharmaceutique*** et les classeurs virtuels ***Médicaments et Dispositifs médicaux***

17 LES FONCTIONS SUPPORTS

DÉPARTEMENT BIOMÉDICAL



Les équipes de ce secteur d'activité ont un rôle primordial dans la gestion de la qualité des équipements et matériels utilisés quotidiennement au service du patient par les professionnels des services de soins.

SES MISSIONS PRINCIPALES

• Gestion du parc et de la maintenance d'équipements médicaux,

• sécurisation de l'utilisation des dispositifs médicaux,

• conseil et expertise technique auprès des équipes médicales et soignantes et des directions,

• élaboration et réalisation du plan d'équipement médical annuel et définition des priorités avec les pôles cliniques et médicotechniques.

ORGANISATION ET CONTACTS

Des référents sont désignés par spécialité, à raison de deux au minimum par activité pour assurer la continuité de service.
Vous trouverez votre interlocuteur sur l'intranet :
Notre CHU > Directions > DPIMS > Département des équipements médicaux > Biomédical
- Secrétariat :
Mme DROMARD - Tél. 68 063

En pratique, dans le service de soins ou service médico-technique :

• je préviens le technicien biomédical référent lorsqu'un équipement est en panne,

• je réalise les demandes d'intervention via l'interface GMAO http://gmao.chrub.ad/,

• je m'assure que les équipements défaillants sont accessibles et décontaminés pour les interventions de maintenance,

• je préviens un ingénieur biomédical lorsqu'un équipement sans numéro d'inventaire est présent dans mon service (prêts, mises à disposition, essais…).

CONTACTS
Du lundi au vendredi :
8 h 30 à 12 h et 13 h à 17 h.
Une astreinte biomédicale est joignable, 24 h/24, 7 j/7 via le PC sécurité au 68 570.

LA RESTAURATION



L'équipe de restauration participe activement à la dynamique d'amélioration de la qualité. Elle applique la méthode HACCP pour garantir la sécurité alimentaire. Elle contribue aux travaux du CLAN.

COMPOSÉ D'UNE CENTAINE D'AGENTS, LE SERVICE RESTAURATION S'ARTICULE AUTOUR :

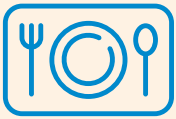
• l'UPC (unité de production culinaire) qui produit 5000 repas par jour ;

• la ZAR (zone d'allotissement des repas) qui assure la distribution aux patients quotidiennement et les dépannages ;

• et des deux restaurants qui distribuent 1600 repas/jour.

Le lien avec les services de soins et le service diététique est essentiel. Les menus suivent la saisonnalité été/hiver. Le menu du jour standard est décliné en 14 alimentations thérapeutiques.

La prise en charge diététique concerne des patients ayant des besoins spécifiques et pour lesquels la nutrition est impliquée dans leur pathologie.
Les diététicien·ne·s œuvrent notamment à la prévention de la dénutrition.



L'AIDE-SOIGNANT·E CONTRIBUE AU BON DÉROULEMENT DU REPAS, DE LA PRISE EN CHARGE DU CHARIOT REPAS À LA REMISE DU PLATEAU AU PATIENT EN :

Renseignant les choix et aversions de chaque patient pour mieux les satisfaire,
Eveillant l'envie en valorisant le repas pour favoriser sa consommation,
Proposant des assaisonnements pour respecter les habitudes des patients,
Aidant et installant le patient si cela est nécessaire,
S'assurant que les commandes dans Winrest soient adaptées aux besoins du patient et limitent le gaspillage.

LA BLANCHISSERIE



Une équipe de plus de 50 personnes assure la gestion, l'entretien et l'approvisionnement du linge du centre hospitalier universitaire et de plusieurs établissements de santé.

Près de 9 tonnes de linge sont traitées quotidiennement dans le respect des règles d'hygiène, suivant la méthode RABC, afin de contribuer à la qualité des soins et au bien-être des patients. Notre lingerie gère l'ensemble des tenues professionnelles ainsi que le suivi des vestiaires centraux. La prestation des matelas anti-escarres est réalisée dans sa totalité par nos professionnels.

LE LIEN AVEC LES SERVICES DE SOINS EST ESSENTIEL :

• adapter les commandes en fonction des besoins avec le logiciel Ramses,
• éviter tout intrus dans le linge sale (ciseaux, aiguilles, stylos…),
• pré-trier le linge sale pour limiter les risques lors des manipulations en blanchisserie.

LA FONCTION TRANSPORT PATIENT



Le rôle des équipes de transport des patients est essentiel à la qualité de la prise en charge des patients. Elles contribuent au respect de l'organisation des soins et au respect du droit des patients (confidentialité, dignité, intimité) lors des transports.

SON OBJECTIF PRIORITAIRE :

Le bon patient au bon endroit au bon moment dans les meilleures conditions de confort et de respect.

LA FONCTION TRANSPORT AU CHU :

72 agents assurant l'ensemble des transports, 1 cadre et 3 régulateurs. Le transport patient représente 119 852 transports couchés et 34 553 assis (en 2022).

EN PRATIQUE

Pour joindre le service transport patient :

Appel de la régulation transport patient 7 j/7 et 24 h/24 au 68 777 ou 68 363
Les demandes de transport doivent être réalisées à partir du logiciel PTAH.

LES BONNES PRATIQUES DE TRANSPORT :

Je m'assure :

- de l'identité du patient,

- de la bonne destination,

- de la mise en confidentialité du dossier médical et autres documents au nom du patient, qui seront placés dans une enveloppe anonyme en vue du transport.

- Je sécurise les perfusions et le matériel associé,

- j'adapte le mode de transport,

- je surveille l'état de santé du patient et j'alerte si besoin,

- j'établis une relation de confiance avec l'usager.



POUR EN SAVOIR +

› Les informations concernant le transport patient sont disponibles sur l'intranet du CHU dans le classeur virtuel ***transport patient***

GLOSSAIRE
1 - LEXIQUE

ALARA :
cette démarche consiste à réaliser le diagnostic ou l'acte d'imagerie en utilisant la plus faible quantité de rayonnements ionisants qui soit raisonnablement possible.

APPROCHE PROCESSUS :
approche destinée à définir ou ajuster l'enchaînement d'actions au sein d'une organisation pour la rendre plus efficace (exemple : étapes de prise en charge du patient de son accueil à sa sortie).

AUDIT :
évaluation, en interne ou par des personnes extérieures, de la conformité des pratiques à des normes ou référentiels.

CERTIFICATION :
pilotée par la HAS (Haute autorité de santé), il s'agit de la reconnaissance écrite de la conformité de l'hôpital à un certain niveau de qualité.

COMITÉ DE RETOUR D'EXPÉRIENCE (CREX) :
organisation regroupant un collectif de professionnels ayant pour objectif :
- de passer en revue les EI (événements avérés et situations à risque) survenus durant une période définie,
- identifier les EI pour lesquels une analyse systémique est nécessaire,
- présenter l'analyse du cas choisi lors du précédent CREX et définir les actions d'amélioration nécessaires,
- assurer le suivi des actions correctrices en cours.

Le CREX s'appuie sur une méthode d'analyse systémique (principalement ALARM, REMED, ou ORION).

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE ASSOCIÉ AUX SOINS :
tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement. Peut aussi concerner un patient non hospitalisé.

ÉVÉNEMENT INDÉSIRABLE GRAVE (EIG) :
tout événement inattendu ayant provoqué des conséquences graves pour le patient.

ÉVÉNEMENT PORTEUR DE RISQUE (EPR) / PRESQU'ACCIDENT :
événement n'ayant pas engendré de conséquence pour le patient, dont l'analyse méthodique favorisera la compréhension des causes de survenue, mais aussi celles des modalités de la récupération ayant permis à temps sa détection et son traitement.

GESTION DES RISQUES :
démarche organisée pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que cela est possible, les risques encourus par les patients, les visiteurs, les personnels, l'établissement.

INDICATEUR :
les indicateurs sont élaborés en lien avec les objectifs d'un projet. Ils permettent de mesurer l'atteinte des objectifs à intervalles définis. Ils doivent être simples, précis et mesurables.

INDICATEURS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ DES SOINS (IQSS) :
la HAS met en œuvre un recueil d'IQSS dans les établissements de santé, publics comme privés.

La mise à disposition des résultats de ces indicateurs répond à trois objectifs :
- fournir aux établissements des outils et méthodes de pilotage et de gestion de la qualité et de la sécurité des soins,
- répondre aux exigences de transparence des usagers,
- aider au reporting et à la régulation par la qualité.

MÉDICAMENT À RISQUE :
les médicaments à risque, sont des médicaments qui demandent une attention particulière de la part des soignants car les conséquences des erreurs liées à ces médicaments peuvent être dramatiques pour les patients.
Pour cette raison, les médicaments à risque doivent être gérés différemment des autres, que ce soit au moment de la prescription, du stockage, de la dispensation ou de l'administration.

MÉTHODE AUDIT SYSTÈME :
consiste à évaluer les organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.

MÉTHODE D'OBSERVATION :
les observations sont réalisées dans tous les secteurs visités, lors de chaque traceur sur la base d'une liste de points directement observables sur le terrain.

MÉTHODE PARCOURS TRACEUR :
consiste à évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe ainsi que le niveau de la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours.

MÉTHODE PATIENT-TRACEUR :
méthode d'analyse de manière rétrospective du parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

MÉTHODE TRACEUR CIBLÉ :
consiste à évaluer, sur le terrain, la mise en œuvre réelle d'un processus (exemples : un événement indésirable, une prescription médicamenteuse, un transport en brancard, une plainte de patient…), sa maîtrise et sa capacité à atteindre les objectifs.

PLAN DE CRISE :
chaque établissement de santé dispose d'un plan de crise révisé chaque année, dénommé plan blanc d'établissement. Cet outil doit permettre à un établissement de santé de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une situation sanitaire exceptionnelle.

REVUE DE MORTALITÉ ET MORBIDITÉ (RMM) :
organisation permettant l'analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'une complication, ou d'un événement qui a causé un dommage au patient ou son décès. Elle a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la prise en charge des patients et la sécurité des soins. La RMM s'appuie sur une méthode d'analyse systémique.

RETOUR D'EXPÉRIENCE (REX OU RETEX) :
démarche consistant à tirer des enseignements des

événements indésirables survenus, quel que soit le cadre de son déroulement : RMM, CREX, toute analyse d'événement indésirable, dans l'objectif de prendre conscience du risque pour mieux le maîtriser.

SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE (SSE) :
situation susceptible d'engendrer une augmentation immédiate et imprévisible de la demande de soins (afflux massif de victimes au CHU), par exemple : accidents (de la route, ferroviaire, aérien, industriel), attentats (balistique, explosion, voiture bélier, etc.), avec ou sans risques chimique, nucléaire ou radiologique (NRC) ; ou une déstabilisation plus ou moins durable du fonctionnement de l'hôpital, par exemple : épidémies (Covid-19, grippe, gastroentérite), événements climatiques (canicule), cyberattaques, etc.

TRAÇABILITÉ DES SOINS :
c'est une obligation qui vise à assurer la bonne prise en charge du patient et à assurer la continuité des soins. Elle permet de retrouver la trace de chacune des observations, de chaque acte.

URGENCE VITALE :
on parle d'urgence vitale lorsque le pronostic vital d'un patient est engagé, c'est-à-dire lorsque des soins rapides et adaptés doivent être administrés pour lui sauver la vie. L'arrêt cardiaque constitue l'urgence vitale absolue.

GLOSSAIRE 2 - SIGLES

ALARA
As Low As Reasonably Achievable (aussi bas que raisonnablement possible)

ARS
Agence régionale de santé

BHR(E)
Bactéries hautement résistantes (émergentes)

CAI
Comité des anti-infectieux

CBUPS
Comité de bon usage des produits de santé

CDU
Commission des usagers

CIV
Cellule d'identitovigilance

CLAN
Comité de liaison en alimentation nutrition

CLIN
Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CLUD
Comité de lutte contre la douleur

CME
Commission médicale d'établissement

COGRAS
Coordonnateur de la gestion des risques associée aux soins

COMEDIMS
Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles

CREX
Comité de retour d'expérience

CSIRMT
Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

DPC
Développement professionnel continu

EIAS
Événement indésirable associé aux soins

EIG
Événement indésirable grave

EOH
Équipe opérationnelle d'hygiène

EPP
Évaluation des pratiques professionnelles

EPR
Evénement porteur de risque

ETP
Éducation thérapeutique

F3SCT
Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (ex CHSCT)

HAS
Haute autorité de santé

IQSS
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins

NRC
Risques chimiques, nucléaire ou radiologique

PAQSS
Plan d'actions qualité « sécurité des soins »

RCP
Réunion de concertation pluridisciplinaire

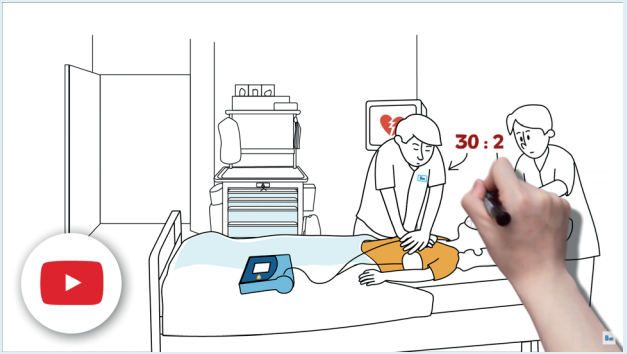
RMM
Revue de mortalité et de morbidité

RPS
Risques psycho-sociaux

RSMQ
Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse

SSE
Situations sanitaires exceptionnelles

Retrouvez nos vidéos dédiées à la qualité sur notre chaîne YouTube
youtube.com/@CHUdeBesancon



POUR EN SAVOIR +

› Retrouvez toutes les infos utiles sur le portail Qualité / Gestion des risques / Relations usagers de l'intranet

VENEZ DÉCOUVRIR EN PARTICULIER :

• Toutes les **bonnes pratiques et supports pédagogiques** pour améliorer la qualité des prises en charge (dans ***Qualité 365***).

• Les **protocoles et procédures** pour guider vos pratiques dans les classeurs virtuels.

• L'espace dédié aux **signalements des événements indésirables et des incidents relevant des vigilances.**

• **L'espace réservé aux évaluations** réalisées dans votre service et les **kits EPP clé en mains.**

CHU BESANÇON

chu-besancon.fr

chudebesancon

CHU DE BESANÇON - Direction de la qualité - 3 boulevard Alexandre Fleming - 25030 Besançon cedex - 03 81 66 81 66
Crédits photos : CHU de Besançon - Sosuite photographie Yoan Jeudi. Conception graphique : Christelle Munier