

La CHUette

PRINTEMPS
2022



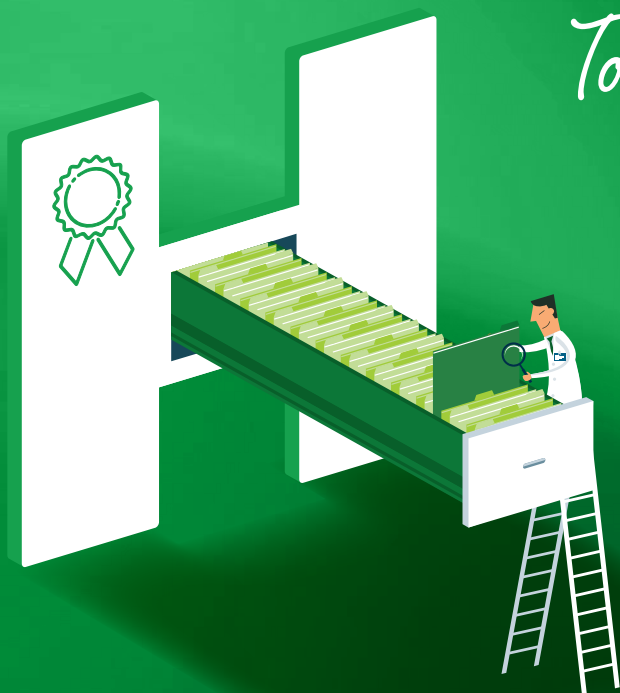
HORS-SÉRIE CERTIFICATION

Le MAGAZINE D'INFORMATION du CHU Dijon Bourgogne



CERTIFICATION HAS Mars 2023

Tous concernés !



ON VOUS DIT TOUT
SUR LA CERTIFICATION

Le nouveau référentiel
Les critères impératifs
Les 5 méthodes d'évaluation

Ensemble, visons le vert !

SOMMAIRE

DIRECTRICE DE PUBLICATION :

- **Nadiège Baille**, *Directrice générale*

DIRECTRICES DE PUBLICATION ADJOINTES :

- **Florence Martel**, *Directrice de la qualité, de la gestion des risques et des relations avec les usagers*
- **Nathalie Moulène**, *Directrice de la communication*

RÉDACTRICE EN CHEF :

- **Mélanie Matthey**, *Chargée de communication et culture*

ONT COLLABORÉ À LA RÉALISATION DE CE NUMÉRO :

- **Dr Agnès Testenière**, *Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins*
- **Armelle Lamy**, *Responsable qualité*
- **Patrice Bouillot**, *Rédacteur externe*

CRÉDITS PHOTOS :

- Antoine Martel, Adrien Sauvage**
CHU Dijon Bourgogne, Istockphoto

CONCEPTION ET RÉALISATION :

- CHU Dijon Bourgogne
Direction de la communication
 - **Virginie Deseure**, *Direction Artistique*
communication@chu-dijon.fr

Édito

- 3 Professeur Alain Bonnin et Florence Martel

On vous dit TOUT sur la certification

- 4 Un référentiel qui met le patient au cœur
6 Les 17 critères impératifs
8 On se prépare activement

CALENDRIER

- 10 Les grandes étapes de la certification

La visite des experts : MODALITÉS

- 12 Une semaine de visite type
14 Les 5 méthodes d'évaluation

Les RÉSULTATS

- 20 La visite est faite... Et après ?

Déjà vingt ans

- 22 20 ans de certification

PARTENAIRES



Rendez-vous en pages 9 et 19 pour tester vos connaissances sur la certification !

TOUS CONCERNÉS, TOUS IMPLIQUÉS

En mars 2023, le CHU Dijon Bourgogne recevra une équipe d'experts visiteurs mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour certifier la qualité et la sécurité des soins prodigués au sein de notre établissement. **Nous avons un an pour nous préparer à cette visite, au cours de laquelle chacun d'entre vous - praticiens, soignants, personnels administratifs, logistiques et techniques - est susceptible d'être sollicité.** Notre objectif est naturellement que le CHU Dijon Bourgogne obtienne, à l'issue du processus de certification, la meilleure appréciation possible.

Nous nous y préparons concrètement depuis plusieurs mois en réalisant, avec les mêmes méthodes que celles qui seront utilisées lors de la prochaine visite, des auto-évaluations dans nos services. Nous vous remercions d'ailleurs d'y participer activement à chaque fois, ce qui, en plus de constituer un entraînement efficace, nous permet d'identifier nos éventuels axes d'amélioration et de les travailler d'ores et déjà, au bénéfice de nos patients. Car c'est bien là l'objectif recherché par la Haute autorité de santé : **garantir la meilleure qualité de prise de charge à l'hôpital.** C'est pourquoi le patient est, dans la démarche de certification actuellement engagée, au cœur des préoccupations. Avec la méthode du patient traceur, des patients seront amenés à livrer leur témoignage et l'appréciation de la prise en charge qu'ils ont reçue dans nos services, de leur implication dans leur démarche de soin, de l'efficacité de nos processus.

En un mot, nous allons devoir prouver que le patient est bien au centre de notre action quotidienne. Cela ne fait guère de doute au CHU Dijon Bourgogne, où la qualité des soins dispensés est reconnue de tous, mais il y a toujours matière à progresser, sur certaines de nos procédures, sur notre fonctionnement collectif en équipe. Cette démarche de certification ne doit pas être redoutée. Elle constitue **une opportunité, pour chaque service, pour chacun d'entre nous, d'interroger ses pratiques, d'envisager des solutions à d'éventuels incidents, d'améliorer encore l'accueil des patients.** De ce fait, la démarche qualité est l'occasion, pour les 8 000 collaborateurs du CHU, de travailler davantage ensemble, de renforcer les liens entre nous tous : elle est fondamentalement fédératrice. L'objectif n'est pas de pointer du doigt d'éventuels dysfonctionnements, mais bien de **resserrer les équipes autour d'un objectif commun - la qualité et la sécurité de la prise en charge - dans une dynamique d'amélioration continue.**

Le résultat de ce processus de certification est important pour notre CHU : il renforcera notre position d'établissement de référence en Bourgogne-Franche-Comté et notre visibilité, confortera le choix des patients pour notre établissement et saluera l'engagement quotidien de chacune et de chacun d'entre vous.



Florence MARTEL,
*Directrice de la qualité, de la
gestion des risques et des
relations avec les usagers*



Professeur Alain BONNIN,
*Président de la Commission
médicale d'établissement*

UN RÉFÉRENTIEL QUI MET LE PATIENT AU CŒUR



LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION DES HÔPITAUX S'APPUIE SUR UN RÉFÉRENTIEL ÉLABORÉ PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. LA VISITE PRÉVUE AU CHU DIJON BOURGOGNE EN MARS 2023 S'APPUIE SUR LE RÉFÉRENTIEL PUBLIÉ EN NOVEMBRE 2020, QUI PLACE LE PATIENT AU CŒUR DU PROCESSUS D'ÉVALUATION.

LE PATIENT :

- ✓ Comment est-il accueilli ?
- ✓ Reçoit-il toutes les explications nécessaires quant aux soins dont il bénéficie et à son hospitalisation ?
- ✓ Les personnels, quels qu'ils soient, sont-ils à son écoute ?
- ✓ S'il doit changer de service, la transition s'effectue-t-elle dans de bonnes conditions ?
- ✓ Son intimité est-elle respectée...

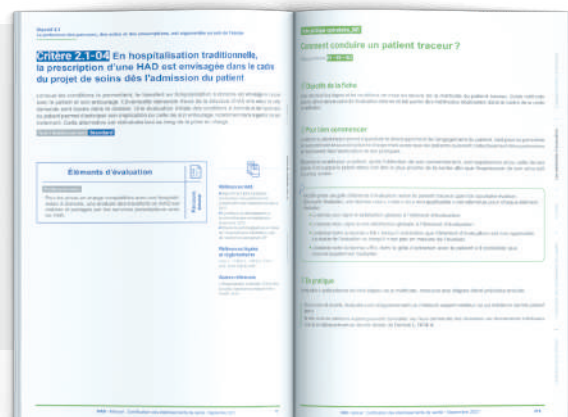
Autant de questions que les experts mandatés par la Haute Autorité de Santé (HAS) poseront aux patients qu'ils auront choisis d'interroger. Car le **patient est véritablement au centre de la démarche de certification dans sa version 2020.**

Rappelons que la certification est menée, tous les quatre ans théoriquement, sur la base d'un référentiel édité par la HAS, qui précise les critères et les modalités d'évaluation. Le CHU Dijon Bourgogne devait initialement être visité en mars 2021, mais cette opération a pris du retard, accentué par la crise sanitaire pendant laquelle les visites de certification ont été naturellement suspendues.

Un référentiel qui met l'accent sur le résultat

Le référentiel sur lequel se base la certification en cours, édité en novembre 2020, est organisé en **15 objectifs répartis en trois chapitres - le patient, les équipes, l'établissement - et reposant sur trois catégories de critères - standards, impératifs, avancés.**

Si la précédente version du référentiel était largement tournée vers la prévention et la gestion des risques, l'actuelle met l'accent sur la manière dont les équipes et l'établissement assurent une prise en charge de qualité du patient. Le principe général de la démarche de certification consiste à en apprécier la qualité et la sécurité, au travers de cinq méthodes d'évaluation.





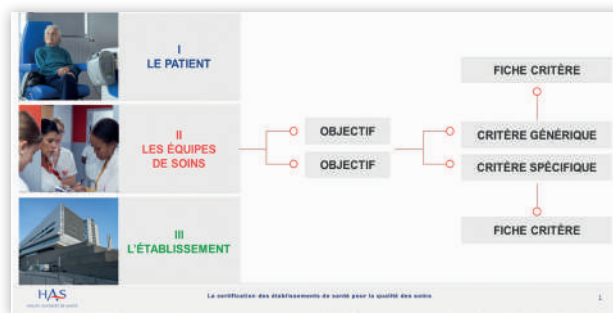
Des experts visiteurs venus d'autres établissements de santé français

Au total, pendant la semaine de visite au CHU, les experts visiteurs (EV) effectueront une cinquantaine d'évaluations. **Plusieurs centaines de collaborateurs, parmi les 8 000** que compte l'établissement, sont donc **susceptibles d'être interviewés** par ces experts visiteurs.

Si l'on ignore le nombre exact d'EV qui se déplaceront à Dijon (entre trois et huit, plus un coordinateur), on sait en revanche qu'ils répondront **aux trois profils : personnel administratif, paramédical et médical** - un médecin faisant systématiquement partie de la délégation puisqu'il est le seul habilité à interroger les patients. Chacun d'eux devra respecter, pendant ses **cinq jours d'évaluation**, un planning serré (voir page 12) au cours duquel les entretiens s'enchaîneront : 30 minutes environ avec un patient, de une heure trente à trois heures pour les rencontres avec les équipes.

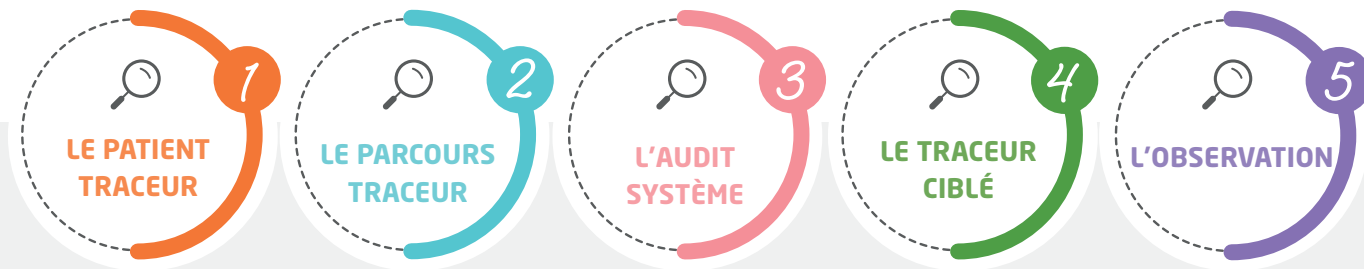
Ces experts visiteurs, exerçant eux-mêmes dans des établissements de santé, sont formés par la Haute autorité de santé. Si l'objectif de leur visite est bien d'évaluer la démarche qualité du CHU, les échanges avec les équipes de l'établissement se feront dans un cadre bienveillant.

Structure du référentiel



Cinq méthodes et une observation constante

Les experts visiteurs ont à leur disposition cinq méthodes d'évaluation (voir pages 14 et suivantes) :



À noter que cette dernière, **l'observation**, est pratiquée par tous les experts à chaque instant de leur présence dans l'établissement. **Il nous appartient donc de veiller à ce que les règles relatives à la propreté, au rangement, à l'organisation, au respect de l'intimité des patients soient scrupuleusement respectées, et ce à tout moment !**

LES 17 CRITÈRES IMPÉRATIFS

Le référentiel constitue le socle du dispositif de certification. Dans ce référentiel, sont listés les **131 critères à satisfaire par l'établissement** visité. Parmi eux, **17 sont dits impératifs** : si l'évaluation de l'un de ces critères est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification à l'établissement.



1

Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités : les moyens de communication utilisés par les professionnels pour recueillir le consentement sont adaptés au patient.



2

Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité : paravents dans les chambres doubles, portes fermées, sanitaires en nombre suffisant, hygiène des locaux, état des chambres...



3

Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté : dans les services accueillant des mineurs, les professionnels sont formés à la prise en charge des enfants et adolescents. En cas d'hospitalisation de mineurs dans un service d'adultes, l'environnement est adapté à leur sécurité et à leur protection.



4

Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur : l'anticipation, le soulagement de la douleur et les réévaluations régulières sont retrouvés dans le dossier



5

Les équipes maîtrisent l'utilisation des médicaments à risque :

L'équipe respecte les bonnes pratiques des médicaments à risque durant toutes les étapes du circuit. Elle dispose de la liste des médicaments à risque et en connaît les règles de stockage (température, sécurisation...). Les professionnels concernés sont sensibilisés et formés aux risques spécifiques induits par l'utilisation de ces médicaments.



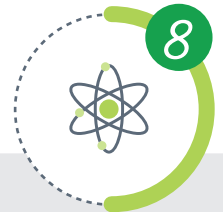
6

La prise en charge des urgences vitales dans l'enceinte de l'établissement est maîtrisée : Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence et réalisent des exercices de mise en situation. Les chariots d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins et leur vérification est tracée. Les matériels (chariots, sacs...) dédiés à la prise en charge des urgences vitales sont aisément et rapidement accessibles par les professionnels habilités à intervenir en cas d'urgence vitale. Le numéro d'appel unique est le 15000.



7

Les équipes mettent en place des actions d'amélioration fondées sur l'analyse collective des EIAS : Les événements indésirables associés aux soins sont déclarés et partagés, ils sont analysés dans le cadre de RMM ou CREX, leur analyse donne lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration suivies.



8

La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins : les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles. La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. Les actions concrètes du programme qualité sont connues.



L'établissement lutte contre la maltraitance ordinaire en son sein, c'est-à-dire les situations qui font ressentir au patient ou à son entourage une absence de prise en compte de sa personne (besoins et attentes, écoute, confidentialité, douleur...). Les professionnels sont sensibilisés et ont mis en place des modalités d'écoute quotidienne de l'expérience des patients



La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée : les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées. Des exercices ou entraînements sont réalisés



Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés, exploités à l'échelle de l'établissement : les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée. Les équipes mettent en place des actions d'amélioration basées sur les résultats analysés.



Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires : l'équipe est formée aux bonnes pratiques et assure leur mise en place des précautions auprès des patients. Elle connaît et sait comment contacter les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène

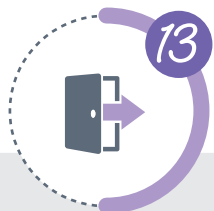


Chirurgie et interventionnel

La check-list « Sécurité du patient » est utilisée de manière efficace : elle est mise en œuvre de façon systématique et est adaptée à tous les plateaux techniques interventionnels. Elle est réalisée de façon exhaustive à chaque étape en présence des personnes concernées

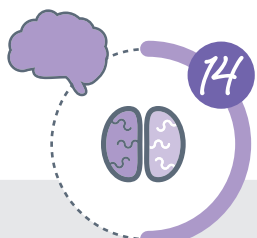


Les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont maîtrisées. L'antibioprophylaxie fait l'objet de protocoles et est adaptée à chaque chirurgie et acte interventionnel. Les pratiques respectent les recommandations de bonnes pratiques les plus récentes. L'équipe évalue ses pratiques.



Psychiatrie et santé mentale

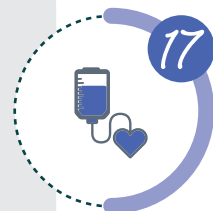
La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée : toute mesure d'isolement est une décision médicale. Le patient et/ou sa personne de confiance ont reçu une information claire et explicite. Les mesures restrictives de liberté, après échec de mesures alternatives, ont fait l'objet d'une évaluation bénéfice/risque. Leur pertinence est systématiquement évaluée et réévaluée.



Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie permettant le diagnostic différentiel des pathologies et l'identification des comorbidités. Cet examen est réalisé dans les 24h par un médecin autre que celui ayant réalisé l'évaluation mentale et donne lieu à un suivi régulier.

Maternité

Les équipes **maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI)**. Le matériel d'urgences vitales en cas d'hémorragie du post-partum immédiat est vérifié et conforme. La procédure d'urgence est présente en salle de naissance et connue des professionnels.



ON SE PRÉPARE ACTIVEMENT

Depuis 2018, des évaluations internes - fondées sur les mêmes méthodologies que celles qui seront déployées au cours de la visite - sont organisées dans tous les services du CHU.

Entre 2021 et 2022, malgré la crise COVID, tous les services auront éprouvé 2 à 3 méthodes d'évaluation. **L'objectif est de s'entraîner, bien sûr, mais aussi d'identifier déjà les éventuels axes d'amélioration de manière à les corriger avant la visite de certification.** Pour se préparer, la Direction Qualité, gestion des risques et relations avec les usagers est également en contact avec ses homologues d'autres hôpitaux français, avec lesquels elle échange sur des retours d'expérience.



Dr Agnès TESTENIÈRE
coordonnateur de la gestion
des risques associés aux soins

Armelle LAMY
responsable qualité



Les usagers sont désormais au centre de la démarche de certification. Au CHU Dijon Bourgogne, nous sommes membres des instances et associés aux décisions, ce qui est une très bonne chose. Nous jouons un rôle actif, en restant à notre place qui n'est ni celle des médecins, ni celle du personnel paramédical, ni celle d'un juriste, mais celle de patients qui ont leur mot à dire sur toutes les problématiques les concernant. D'ailleurs, les experts ont salué la dernière fois la collaboration avec les représentants des usagers, ce qui avait constitué un bon point pour le CHU. Dans ce contexte, nous préparons la prochaine vague de certification avec sérénité, en collaboration avec la direction et les personnels.

Robert YVRAY, représentant des usagers au conseil de surveillance du CHU Dijon Bourgogne

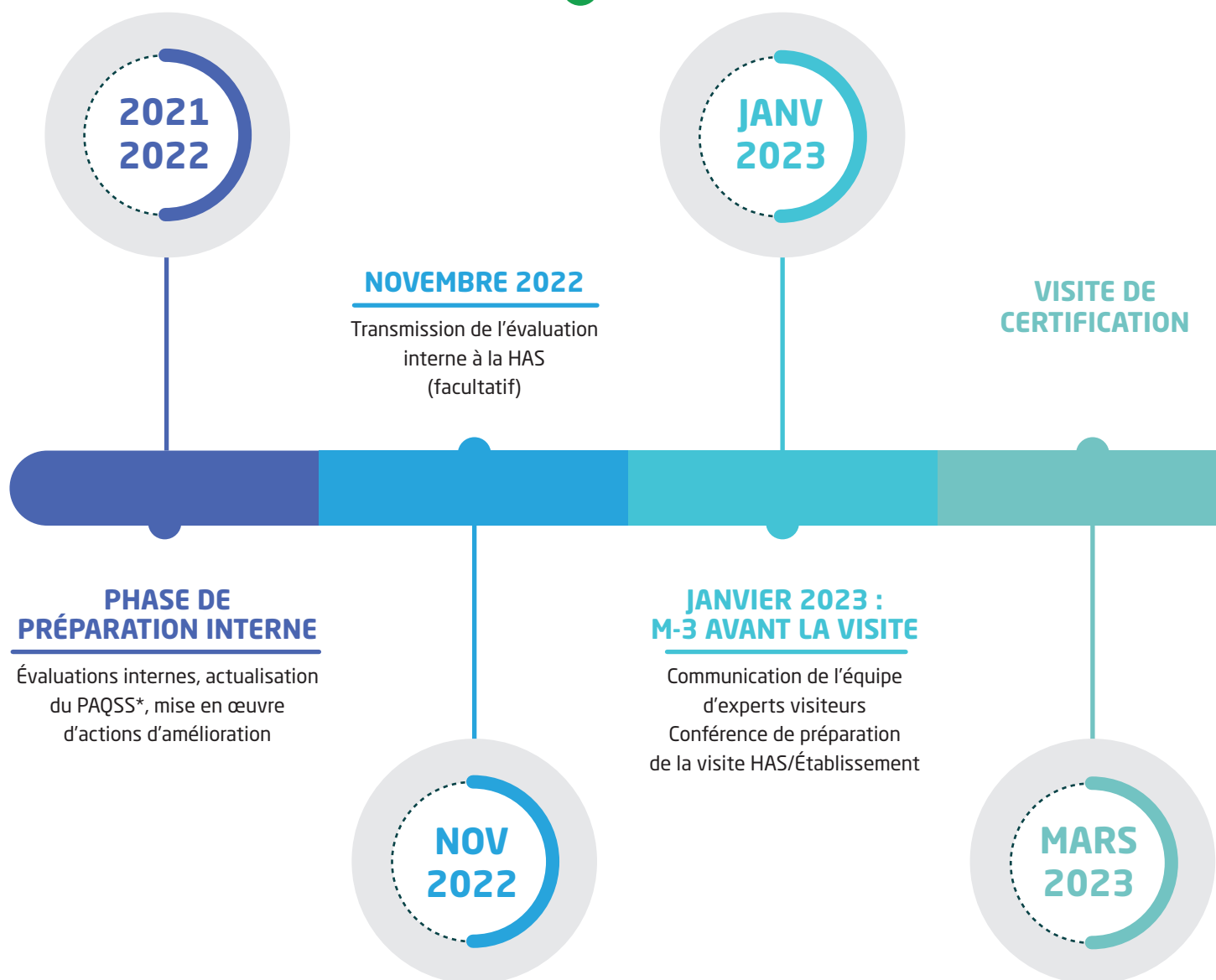


QUIZZ

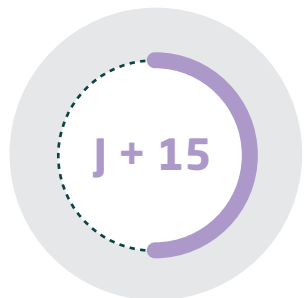
1. La visite des experts visiteurs au CHU est prévue en :
 Juillet 2022 **Mars 2023** **Mai 2024**
 2. Les experts visiteurs sont tous médecins :
 Vrai **Faux**
 3. La durée de la visite de certification est de :
 2 jours **1 semaine** **10 jours**
 4. Tous les personnels du CHU sont susceptibles d'être interrogés lors de la visite de certification :
 Vrai **Faux**
 5. Au regard du référentiel 2020, les experts visiteurs concentreront leur intérêt sur :
 Les patients **Les procédures** **La gestion des risques**
- Le CHU se prépare à la certification en :
6. **Tenant des réunions d'informations** **Organisant des évaluations internes** **Ne s'y prépare pas spécialement**
 7. Combien existe-t-il de méthodes d'évaluation ?
 2 **3** **5**

RÉPONSES : 1 : mars 2023 - 2 : faux - 3 : 1 semaine - 4 : vrai - 5 : les patients - 6 : organisant des évaluations internes - 7 : 5

LES GRANDES ÉTAPES DE LA CERTIFICATION



* Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



APRÈS RÉCEPTION DU RAPPORT

Observation de l'établissement

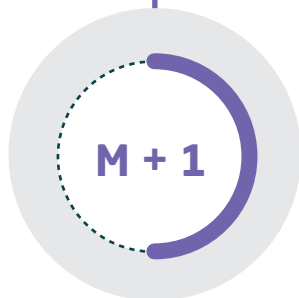
PUBLICATION ET DIFFUSION DU RÉSULTAT

Établissement / Usagers / Tutelles



RAPPORT
DE VISITE

DÉCISION DE
CERTIFICATION



LES GRANDES ÉTAPES DE LA CERTIFICATION

La **HAS** élabore le programme de visite des experts, en fonction du profil de chaque établissement.

JOUR 1

RÉUNION D'OUVERTURE

Présentation de la certification, des temps de la visite

JOUR N

Choix des patients traceurs
Réalisation des évaluations

PAROLES D'EXPERTS

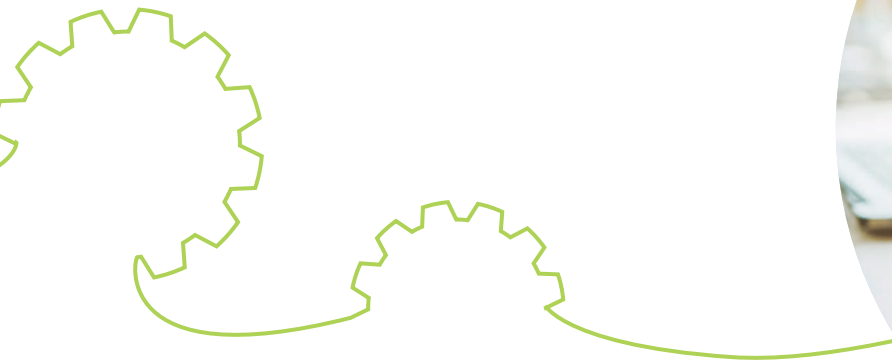
TROIS PROFESSIONNELS DU CHU, EUX-MÊMES EXPERTS-VISITEURS FORMÉS ET MANDATÉS PAR LA HAS, NOUS LIVRENT LEUR EXPÉRIENCE DE VISITE DE CERTIFICATION DANS D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS...



À chaque nouvelle nomenclature, depuis la V2007 jusqu'à la V2020, les visites des experts ont été de plus en plus proches du terrain. Aujourd'hui, les experts recherchent d'abord le contact avec les équipes, avec un focus sur la prise en charge. Leur travail est fortement tourné vers le patient. Ce que les experts veulent vérifier, sur le terrain, avec des preuves, c'est qu'il existe bien, dans l'établissement, une culture du résultat, un engagement fort autour des patients et une démarche d'amélioration continue. Dans ce contexte, un établissement, pour être certifié dans les meilleures conditions, doit avoir élaboré une démarche qualité, l'avoir déployée sur le terrain, impulsée, contrôlée. Il ne faut pas oublier non plus que les critères de certification sont évolutifs. Avec la crise sanitaire, mais aussi au vu des constatations faites par les experts dans les hôpitaux ou encore au gré des évolutions sociétales – l'éthique, par exemple, a fait son apparition parmi les critères.

Agnès GEANTOT, cadre supérieure de santé du pôle ARCUMeL, experte-visiteuse et coordinatrice des visites





DERNIER JOUR

Restitution



3 à 8 jours



2 à 8 experts-visiteurs
1 coordonnateur



J'ai été, pendant quatre ans, expert visiteur, avant de revenir aux urgences pendant la crise COVID. Le recrutement pour devenir expert est très strict. La mission consiste ensuite à réaliser des expertises, non pas dans une optique de "contrôler", mais dans l'objectif de faire avancer tout le monde vers la qualité. Cela requiert des qualités d'écoute, de bienveillance, même si le rapport final doit dire les choses qui ne vont pas. J'ai suivi une formation pour devenir expert et j'ai, depuis, participé à une expertise dans une clinique lyonnaise, où j'ai interrogé des patients dans le cadre de la méthode du patient traceur. On est expert visiteur, pas contrôleur ! Les collègues doivent se préparer, mais ne pas redouter cette visite !

Dr Didier HONNART, médecin anesthésiste-réanimateur urgentiste, expert-visiteur



Je suis expert visiteur depuis juillet 2021, après avoir suivi une formation de deux jours à Lyon. J'ai déjà effectué des expertises dans plusieurs établissements, à Auxerre, à Paris, à Nancy. Cette pratique sert le CHU Dijon Bourgogne, dans la mesure où nous apportons notre expérience à l'établissement, nous faisons le relais des attentes de la HAS. Je dis souvent aux collègues de ne pas s'en faire ! Les témoignages concordent : "La certification, on s'en faisait toute une histoire, mais finalement cela consiste en un échange, et c'est toujours positif !" Les équipes doivent bien comprendre que les experts vont évaluer la manière dont les équipes travaillent ensemble, se coordonnent, communiquent, au bénéfice des patients. La certification peut donc avoir ce grand intérêt de fédérer, de resserrer les rangs autour du projet d'établissement, autour des questions de qualité de la prise en charge.

Dr Aurélien THOMAS, médecin anesthésiste, expert-visiteur



MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

Évaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge d'un patient.

1



IDENTIFICATION DU PATIENT

L'évaluateur choisit, en lien avec l'équipe, le patient pour lequel il souhaite mener l'évaluation. Il s'assure auprès de l'équipe que le consentement du patient a été recueilli. Le médecin présente la situation du patient.

2



RENCONTRE AVEC LE PATIENT (et/ou les proches)

L'évaluateur :

- se présente, s'assure que le patient a reçu le document d'information sur la méthode du patient traceur et s'assure que le patient a donné son accord ;
- s'entretient avec le patient sur sa prise en charge et son expérience dans l'établissement.

Comment avez-vous :

- délivré l'information au patient ?
- prévenu le risque infectieux, etc. ?



3

ENTRETIEN AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE (médecins, infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes...)

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante sur la prise en charge du patient depuis son entrée dans l'établissement, en s'appuyant sur son dossier.



Cette méthode n'est en aucun cas une évaluation des décisions diagnostiques et thérapeutiques de l'équipe soignante.



Lors de l'évaluation réalisée en interne par le service qualité, les animateurs ont rencontré une patiente pendant 30 minutes. Puis, l'ensemble des personnels qui ont pris en charge cette patiente ont été réunis pendant 2h pour analyser la prise en charge. Nous étions un peu stressés, mais la réunion s'est très bien passée. Les animateurs nous ont invités à mieux mettre en valeur le travail de qualité que nous réalisons. Ils ont pointé quelques axes d'amélioration. Par exemple : l'absence d'une plaquette de présentation du service à remettre au patient. Il est rare que nous soyons tous réunis pour échanger : c'est une démarche enrichissante, qui nous aide à progresser.

L'équipe du service de Soins de suite gériatrique



2

LE PARCOURS TRACEUR

Évaluation de la continuité et de la coordination de la prise en charge des patients, du travail en équipe et de la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours.



1

IDENTIFICATION DU PARCOURS

L'évaluateur choisit le parcours qui sera analysé.



2

RENCONTRE AVEC LES ÉQUIPES

L'évaluateur :

- s'appuie sur plusieurs dossiers de patients sortis de l'établissement ayant suivi le parcours identifié ;
- réunit et s'entretient avec les équipes des différents services qui ont pris en charge les patients concernés par le parcours.



3

RÉALISATION DU PARCOURS

L'évaluateur réalise le circuit physique du patient avec un professionnel.



L'évaluateur ne rencontre pas les patients.



La réunion de tous les personnels impliqués, à un moment ou à un autre, dans la prise en charge du patient est un temps précieux car nous sommes tous dans des univers qui, habituellement, cohabitent sans beaucoup échanger. Il n'était pas question de critiquer les autres, mais, une fois posé le constat de la qualité globale de notre prise en charge, nous avons échangé de manière constructive sur les points à améliorer.

Dr Olivier FACY, responsable de l'unité de chirurgie bariatrique au service de Chirurgie digestive



La réunion s'est déroulée dans une ambiance positive, il ne faut pas la redouter ! Elle a permis de montrer que tout fonctionnait bien mais que nous avons la possibilité de faire mieux sur certains sujets. J'ai pu partager mon expérience quant aux interactions avec les autres personnes réunies. On prend conscience, lors de ce genre de réunion, qu'on est un élément d'une grande chaîne, un élément qui a son importance.

Sophie PION, infirmière en hôpital de jour, service gastro et endocrinologie



La réunion a permis de voir sur quels sujets nous pouvons progresser tous ensemble, même si certains ne sont pas à notre main. Par exemple, la question des salles disponibles pour accueillir simultanément les patients en hôpital de jour et les patients diabétiques pour leurs soins de pied. Sur le sujet de la remise du courrier patient dès sa sortie, on peut en revanche travailler pour accélérer les choses.

Sabine BAILLOT-RUDONI, responsable des unités "pompe à insuline" et "éducation thérapeutique du patient", service endocrinologie et maladies métaboliques



L'OBSERVATION

Évaluation des conditions générales de qualité et de sécurité des soins.



RÉALISATION DES OBSERVATIONS

La méthode d'observation est :

- mise en œuvre dans tous les secteurs visités ;
- combinée avec les méthodes d'évaluation des traceurs ;
- réalisée sur la base d'une grille d'observations.

EXEMPLES D'OBSERVATIONS



Respect de la dignité et de l'intimité des patients :

- absence de patients dénudés ;
- portes des chambres fermées ;
- patients traités avec égard ;
- etc.



Accessibilité pour les personnes en situation de handicap :

- rampes d'accès dédiées ;
- hauteur adaptée des présentoirs et des guichets d'accueil ;
- sanitaires adaptés ;
- signalétique adaptée à tout type de handicap ;
- etc.



Affichage de l'information destinée au patient :

- charte du patient hospitalisé ;
- coordonnées des représentants des usagers ;
- messages de santé publique (maltraitance, vaccination,...) ;
- etc.



Maîtrise du risque infectieux :

- lavage des mains avant / après chaque soin ;
- disponibilité de solutions hydroalcooliques ;
- tenues conformes des professionnels ;
- présence de boîtes pour objets piquants et tranchants ;
- propreté des locaux ;
- etc.

“ L'auditrice qui est venue dans le service pour "l'observation" a relevé un certain nombre de points dont nous avons discuté pendant une heure et demie. Ce fut un vrai temps d'échange, pendant lequel j'ai expliqué les raisons pour lesquelles, parfois, nous ne remplissons pas précisément les critères de la grille. Par exemple, en psychiatrie, il n'est pas toujours possible de laisser des paravents dans les chambres, qui devraient garantir l'intimité des patients. Je n'ai pas vécu cette expérience comme un rapport de force, ou quelque chose de stressant. Cela a été l'occasion d'aborder des points que nous avons décidé de traiter ensuite dans des groupes de travail.

Julien ROYER, cadre de santé en Psychiatrie

4

L'AUDIT SYSTÈME

Évaluation des organisations de l'établissement pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME, direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée, l'évaluateur analyse la politique, les activités et les actions mises en place par la gouvernance pour s'assurer de la capacité qu'a l'établissement à maîtriser et à atteindre ses résultats.



RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Selon les thématiques, l'évaluateur s'assure de l'implication des représentants des usagers et des associations de patients dans la vie de l'établissement.



CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents nécessaires à son évaluation.

Exemples : projet médico-soignant (conventions de partenariat), politique qualité (stratégie de recueil de l'expression du patient), bilan des plaintes et des réclamations, plan de formation, plan de gestion des tensions hospitalières, etc.



RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

L'évaluateur vérifie la bonne diffusion de la politique, des activités et des actions de l'établissement sur la thématique concernée et sa déclinaison par les professionnels de terrain.

1

2

3

4



L'audit système se différencie du traceur ciblé ; l'investigation est conduite en partant de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain.



L'audit système a consisté en une réunion d'environ une heure et demie qui a rassemblé la Directrice générale adjointe, le Directeur des ressources humaines, notre spécialiste du lean management et moi-même. L'objectif était d'évaluer nos process en matière de qualité de vie au travail et de travail en équipe. Ce genre de réunion est extrêmement riche : cela permet aux acteurs du top management d'échanger, de faire la synthèse, de voir ce qui est fait et ce qui reste à faire. Le sujet de la qualité de vie au travail est partagé entre plusieurs directions et doit être compris et pris en main sur le terrain. C'est cette dynamique collective qui est évaluée, avec ce principe constant que la force du collectif sera toujours supérieure à la somme des dynamiques individuelles. La certification contribue ainsi à resserrer, à donner de l'unité à la communauté hospitalière, au bénéfice des patients mais aussi de nos personnels.

Franck BASTAERT, coordonnateur général des soins



LE TRACEUR CIBLE

Évaluation de la mise en œuvre d'un processus ciblé

1



IDENTIFICATION DE LA CIBLE

L'évaluateur choisit le traceur.
Exemples : un événement indésirable grave, une prescription médicamenteuse, un transport en brancard, une transfusion, etc.



SUIVI DU CIRCUIT DU TRACEUR CIBLÉ :

L'évaluateur reconstitue le circuit et à chaque phase :

- s'entretient avec les professionnels impliqués ;
- observe les pratiques ;
- consulte la documentation.

2

EXEMPLE D'UN TRACEUR CIBLÉ SUR UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE

L'évaluateur s'entretient avec l'équipe soignante et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques d'administration.



L'évaluateur s'entretient avec le prescripteur et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de prescription.



PHARMACIE

L'évaluateur s'entretient avec les professionnels de la pharmacie et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de dispensation.

TRANSPORT

L'évaluateur s'entretient avec les professionnels et vérifie la mise en œuvre des bonnes pratiques de transport du médicament.



La méthode du traceur ciblé se différencie de la méthode de l'audit système ; elle est conduite en partant du terrain pour remonter vers le processus.



LA VISITE EST FAITE... ET APRES ?

La **Haute Autorité de Santé (HAS)** fonde sa décision sur le rapport de visite des experts visiteurs et les observations de l'établissement.

Lors de leur dernière journée au sein de l'établissement, les experts-visiteurs se réunissent à huis clos pendant une demi-journée pour faire la synthèse de leurs observations. Dans la foulée, ils livrent leurs premiers retours, "à chaud", à la gouvernance de l'hôpital, indiquant d'emblée s'ils ont relevé des écarts significatifs.

Ils font état en particulier des fiches anomalies qu'ils auraient été amenés à rédiger après avoir constaté le non-respect de l'un des 17 critères impératifs.

Lors de cette dernière rencontre, un échange est encore possible pour expliquer éventuellement ces écarts. Les experts visiteurs réalisent ensuite une restitution à l'ensemble des professionnels.

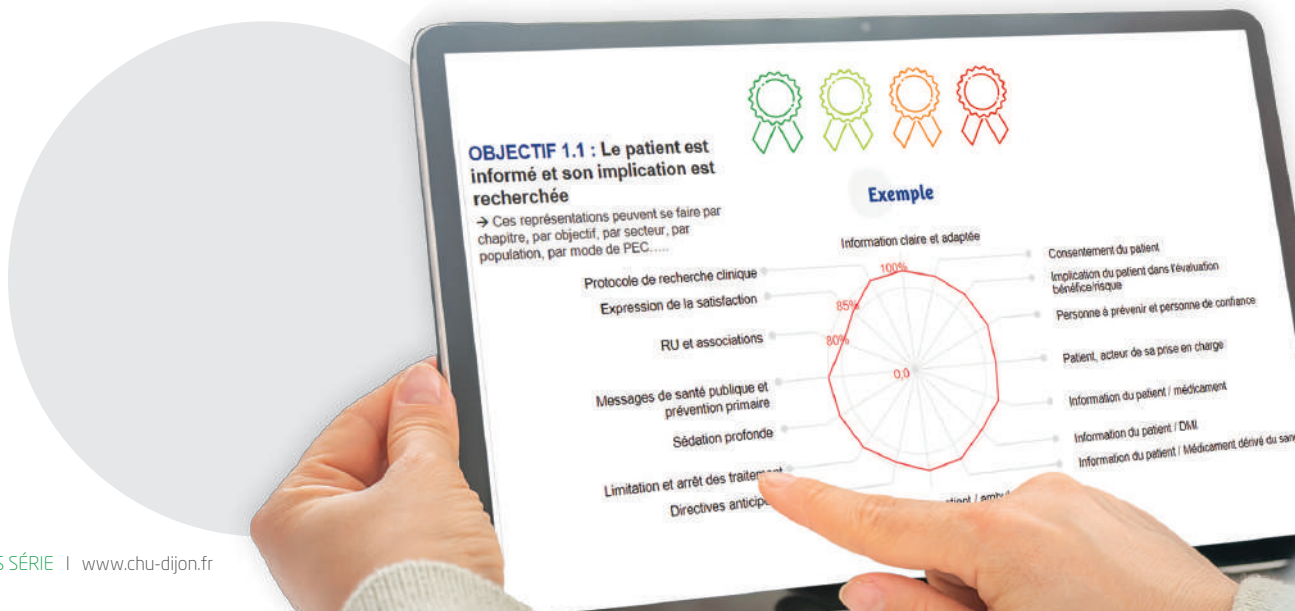
Quinze jours après la visite, l'établissement reçoit son rapport de visite, auquel la direction du CHU peut réagir dans un délai d'un mois.

Le rapport définitif est adressé au collège de certification, avec copie au CHU, au bout de deux mois. **La décision du collège de certification sera prise dans un délai d'un mois.**

La visite à Dijon étant prévue courant mars 2023, l'échéancier permet de penser que la décision relative à la certification de l'hôpital sera connue à partir de la mi-juillet.

La cotation des éléments du référentiel

Chaque élément, évalué par les experts-visiteurs au travers d'une des **5 méthodes**, fait l'objet d'une réponse. L'ensemble de ces réponses permettent de noter les différents critères identifiés dans le cadre du référentiel.





Quatre couleurs, du vert au rouge

La HAS base sa décision sur ces résultats, complétés par les observations de l'établissement ainsi que par l'analyse des résultats et de la criticité des anomalies constatées sur les critères impératifs.

Elle décerne une appréciation à l'hôpital, sous la forme d'une couleur.

Ces couleurs remplacent le précédent système de notation à base de lettres. La meilleure appréciation est réservée à des établissements dans lesquels, sur l'ensemble des points analysés par les experts-visiteurs, les résultats sont :

- soit supérieurs ou égaux à 50 % sur les critères standards et impératifs
- soit supérieurs ou égaux à 50 % pour $\frac{3}{4}$ des critères standards et impératifs et supérieurs ou égaux à 50 % pour au moins deux critères avancés¹.

Lorsque le score global est inférieur à 50%, l'établissement n'est pas éligible à la certification. La HAS peut décider soit une non-certification, soit une certification sous condition.

¹ Critères standards : attendus de la certification. Critères avancés : exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour, potentiels critères standard de demain. Critères impératifs : voir pages 6-7.



Nouvelle visite sous 4 ans



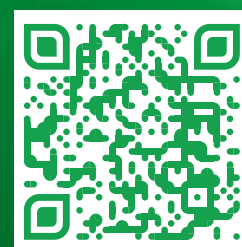
Visite reprogrammée entre 6 et 12 mois



Visite reprogrammée entre 12 et 24 mois

La publication des résultats

La décision de certification ainsi que le rapport des experts-visiteurs sont rendus publics sur le site de la HAS. Elle est également partagée en interne avec l'ensemble des équipes, dans un but d'amélioration continue de la qualité du service rendu aux patients.



Vous souhaitez en savoir plus sur la certification ?
Scannez le QR code

20 ANS DE CERTIFICATION

C'EST AU DÉBUT DES ANNÉES 2000 QUE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ A MIS EN ŒUVRE LA PREMIÈRE DÉMARCHÉ DE CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS DE SANTÉ.

La première procédure de certification en France, inspirée du modèle américain, remonte à juin 1999 - on parlait alors, et ce sera le cas jusqu'en 2004, de **procédure d'accréditation**. Elle visait à promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements hospitaliers.

La démarche a constamment évolué au cours du temps, chaque itération prenant appui sur les acquis de la précédente pour introduire de nouveaux objectifs, méthodes ou exigences. La deuxième (V2007), lancée en 2005, confrontait la mise en place de la démarche qualité et les résultats obtenus.

En janvier 2010, la troisième vague (V2010) mettait l'accent sur la prise en charge du patient et sur la gestion des risques. La quatrième campagne (V2014), lancée sur le terrain en janvier 2015, fut marquée par une importante évolution des outils et des objectifs en introduisant la méthode du patient traceur.

Pour mémoire, le concept d'accréditation fut posé par l'ordonnance Juppé de 1996, qui créait l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Cette dernière a disparu en 2004 au profit de la Haute autorité de santé. Des procédures similaires existent désormais dans la plupart des pays de l'Union européenne.





20 ans de démarche qualité au CHU Dijon Bourgogne

La première certification du CHU Dijon Bourgogne remonte à 2003. La visite attendue en **mars 2023 sera la cinquième** du genre. L'établissement a obtenu sa certification à chaque fois. La troisième visite, en 2010, avait abouti à une certification avec recommandation ; la quatrième, en 2014, avait débouché sur l'attribution de la **note B**, équivalente au vert clair actuel. Chaque vague de certification a été menée sur la base d'un référentiel spécifique et selon des méthodes différentes. Les précédentes vagues d'évaluations avaient pour point commun la nécessité, pour les équipes hospitalières, de produire un important travail de rédaction en amont et de mener un grand nombre d'auto-évaluations. Dans la V2014, qui fut la quatrième

certification, un travail de compilation des données, sur pas moins de 100 critères, était nécessaire pour répondre aux attendus de la Haute autorité santé.

La **V2020** présente l'avantage de libérer les équipes de ce fastidieux travail, ce qui ne les dispense pas d'effectuer des auto-évaluations comme c'est le cas au CHU Dijon Bourgogne depuis 2017. Celles-ci peuvent faire l'objet d'une transmission aux experts visiteurs en amont de la visite, si l'établissement en fait le choix. Pour autant, la venue de ces derniers implique de se préparer à participer aux entretiens, sans toutefois qu'il y ait nécessité de transmettre un rapport.



V2014 : le CHU Dijon Bourgogne noté B

À l'issue de la quatrième campagne de certification, le CHU Dijon-Bourgogne avait été « certifié avec recommandation », soit le **niveau B**.

La décision tombe en **décembre 2017** : après la visite des experts-visiteurs en mars, le CHU Dijon Bourgogne est **certifié au niveau B** (« certifié avec recommandations ») **par la Haute Autorité de Santé**. La direction de l'hôpital se réjouit alors que l'établissement soit **l'un des tout premiers CHU de France à obtenir d'emblée « le deuxième plus haut niveau de certification »**, la plupart des autres ayant obtenu la note C. **La note B équivaut au vert clair actuel** dans le référentiel de l'époque (V2014), sachant qu'il y avait cinq résultats possibles, de A à E (le niveau D correspondant à une décision de surseoir à statuer). Lors de leur visite sur site, les experts avaient mené des audits et des

investigations selon la méthode du patient traceur. Ils n'avaient fait état dans leur rapport, que de trois points d'amélioration : parcours du patient, management de la prise en charge médicamenteuse du patient, management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle. Ils seront d'ailleurs attentifs, lors de leur visite en mars 2023, à ces sujets, afin de vérifier que l'établissement a pris en compte les remarques de la précédente expertise. Mais **ils soulignent surtout l'excellence des pratiques professionnelles, et ce sur tous les sites du CHU et pour toutes les activités**. Gage de qualité et de sécurité pour les patients, et de fierté pour les équipes.

Et après ?

La visite de certification de la HAS est une étape qui permet de faire une photographie de notre CHU. Après la visite, les évaluations internes continueront et l'ensemble des démarches en cours se poursuivront. Offrir une prise en charge sécurisée et de qualité à nos patients, c'est une préoccupation de tous les jours.



**BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ**

**COMME 435 000
FONCTIONNAIRES
ET AGENTS DU
SERVICE PUBLIC,
REJOIGNEZ-NOUS !**

www.acef-bfc.fr

Renseignez-vous auprès de votre Animatrice Régionale CASDEN pour la Bourgogne Franche Comté :

Aurore MOREAU - 06 48 38 70 49
aurore.moreau@casden.banquepopulaire.fr



EN PARTENARIAT AVEC :






**NOTRE FORCE
AGIR ENSEMBLE**

**DES
AVANTAGES
AU
QUOTIDIEN**

**LA
SOLIDARITÉ
AU CŒUR DE
NOS VALEURS**

ACEF Bourgogne Franche-Comté, Association loi 1901 • sans but lucratif
1 Pl. de la 1^{re} Armée Française - 25087 BESANCON Cedex 9.
BPPFC, SA Coopérative à Capital Variable • 14 bd de la Tremouille,
BP 20810 DIJON CEDEX - 542 820 352 RCS DIJON.
CASDEN Banque Populaire, Société Anonyme Coopérative à capital variable
1, bis rue Jean Wiener - 77420 Champs-sur-Marne - 784 275 778 RCS Meaux.
Document à caractère publicitaire • Biografik.fr / 2022

**UNE PROTECTION
SOCIALE COMPLÈTE
ADAPTÉE
À VOTRE STATUT
D'AGENT
HOSPITALIER**

**JUSQU'À
2 MOIS
OFFERTS***

aesio.fr

* Voir conditions et règlement en agence ou sur aesio.fr. ** Voir documentation contractuelle de la garantie.

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, Immatriculée sous le n° 775 627 301 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS. Assureur de la garantie assistance : INA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris CS 40000 79035 Niort Cedex 9. Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632. Ne pas jeter sur la voie publique. Document non contractuel à caractère publicitaire. Impremeur : CHU DIJON - © Getty Images 22-205-039

**COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
DÉDIÉE AUX AGENTS
HOSPITALIERS**

- Une allocation de compensation en cas d'arrêt de travail**
- Des niveaux de couverture modulables
- Un service d'assistance psychologique 24h/24 et 7j/7

Pour plus de renseignements, rendez-vous dans l'une de vos agences de DIJON :

- 1 place François Rude
Tél. 03 80 44 94 04
Du lundi au vendredi de 9h à 12h30 et de 13h30 à 18h
- 17 place Darcy, 1 boulevard Sévigné
Tél. 03 80 44 12 12
Du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 18h





**BANQUE FRANÇAISE
MUTUALISTE**
LA BANQUE DE CHAQUE AGENT DU SECTEUR PUBLIC

**Engagés depuis 35 ans
aux côtés des agents du secteur public
pour réaliser leurs projets**



ANNIVERSAIRE
35 ANS



RETROUVEZ-NOUS SUR BANQUEFRANCAISEMUTUALISTE.FR ET CHEZ NOTRE PARTENAIRE



Banque Française Mutualiste - Société anonyme coopérative de banque au capital de 179 505 691,25 EUR. RCS Paris 326 127 784. Siège social : 56-60, rue de la Glacière - 75013 Paris. Société Générale - S.A. au capital de 1 066 714 367,50 EUR. RCS Paris 552 120 222. Siège social : 29, boulevard Haussmann - 75009 Paris.



**CRÉDIT MUNICIPAL
PUBLIC & SOLIDAIRE**



LE PRÊT
PERSONNEL



L'ÉPARGNE



LE COMPTE
COURANT

PARTENAIRE DU CHU DE DIJON

2 offres dédiées aux agents de la
fonction publique

SANS CHANGER DE BANQUE

- LE PRÊT PERSONNEL JUSQU'À 50 000€ SUR 120 MOIS
- LE REGROUPEMENT DE CREDITS AVEC 0€ DE FRAIS DE DOSSIER

CREDIT MUNICIPAL DE BORDEAUX

AGENCE DE DIJON

1, place de la République

agencededijon@ccmps.fr

03 80 44 11 20

Plus d'informations sur le site

WWW.CREDITMUNICIPAL-BORDEAUX.FR

Un crédit vous engage et doit être remboursé. Vérifiez vos capacités de remboursement avant de vous engager.

Caisses de Crédit Municipal de Bordeaux. Établissement Public communal de crédit et d'aide sociale. SIREN : 263306367 dont le siège social est situé 29 rue du Mirail 33074 Bordeaux Cedex - CS91225, régi par les articles L514-1 et suivants du code monétaire et financier. Mandataire en assurance et mandataire d'intermédiaire d'assurance inscrit à l'ORIAS n°08043988 - www.orias.fr - www.creditmunicipal-bordeaux.fr.



On soigne mieux l'esprit libre



De la constitution d'un patrimoine professionnel et personnel, jusqu'à sa réalisation, les conseillers CMPS mettent tout en œuvre pour permettre à chacun de réaliser ses projets.

Crédit Mutuel
Professions de Santé

Dijon - Chalon-sur-Saône

1 avenue de la Découverte - 21000 Dijon

6 B rue Olivier Messiaen - 71000 Chalon-sur-Saône

Tél. : 03 80 63 21 67 - Courriel : 02571@creditmutuel.fr

Caisses de Crédit Mutuel Professions de Santé affiliées à la Caisse Fédérale de Crédit Mutuel, société coopérative à forme de société anonyme au capital de 5 458 531 008 euros, 4 rue Raiffeisen, 67913 Strasbourg Cedex 9, RCS Strasbourg B 588 505 354, n° ORIAS : 07 003 758.



mgas
MUTUELLE | SANTÉ | PRÉVOYANCE SERVICES

Je choisis la mutuelle qui prend soin de moi

La Mutuelle Générale des Affaires Sociales vous propose une offre santé et prévoyance adaptée aux agents hospitaliers ! Cette protection complète est en partie le fruit d'un recueil de besoins réalisé auprès d'un panel d'agents du corps médical (infirmier(e), aide soignant(e), brancardier et d'étudiants paramédicaux). Partenaire de nombreux établissements hospitaliers, son lien avec les Établissements Publics de Santé Mentale est ancré dans ses valeurs mutualistes tout comme sa qualité de service exemplaire.



**REMBOURSEMENTS
RAPIDES**

2 jours en moyenne



DISPONIBILITÉ
via un conseiller en local



**DE NOMBREUX
DISPOSITIFS**
pour les personnes fragiles

Mutuelle Générale des Affaires Sociales (MGAS) Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité. Enregistrée au répertoire SIRENE sous le n° 784 301 475. Siège social : 96 avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15

*Mon interlocutrice privilégiée
en Bourgogne-Franche-Comté*

Gaëlle LACROIX

06 71 13 68 77
gaelle.lacroix@mgas.fr



OUI, prendre soin de votre santé, c'est aussi *assurer* celle de tous

- ✓ Remboursement des soins en 48h⁽²⁾ et suivi en temps réel sur l'appli
- ✓ Lunettes et prothèses dentaires prises en charge à 100%⁽³⁾
- ✓ Assistance psychologique et d'autres services pour prendre soin de votre santé (coaching tabac⁽⁴⁾, coaching nutrition⁽⁴⁾, etc.)

A partir de
7,40€⁽¹⁾
/mois

Ensemble, prenons soin de demain

3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

Pour en savoir plus, flasher ce code



PUBLICITÉ

(1) Exemple de tarif pour un infirmier hospitalier de 21 ans en formule générique. Tarif valable la 1^{ère} année d'adhésion pour une souscription jusqu'au 30/04/2023. (2) En cas de télétransmission et 72h dans les autres cas, à réception des données de votre caisse ou de votre demande complète de remboursement (hors délais bancaires). (3) Pour les équipements ou prestations relevant du 100 % santé et sous conditions contractuelles. (4) Tabac/alimentation : via une plateforme médico-sociale (suivi sur une période de 6 mois et jusqu'à 5 appels). Stress : traité dans le cadre d'un accompagnement psychologique. Document commercial à caractère non contractuel, pour de plus amples informations, vous référer aux conditions générales ou aux notices d'information. MACSF assurances - SIREN N°775 665 631 - MACSF prévoyance - SIREN N°784 702 375 - Sociétés d'assurances mutuelles - Entreprises régies par le Code des Assurances. Sièges sociaux : Cours du Triangle, 10 rue de Valmy 92800 PUTEAUX. Adresses postales : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 70400 - 92919 LA DEFENSE CEDEX. Association souscriptrice : A.L.A.P - Siège social : 11, rue Brunel, 75017 Paris.



Prenez de l'altitude

Prises de vues aériennes
pour la photo haute résolution ou la vidéo 5K

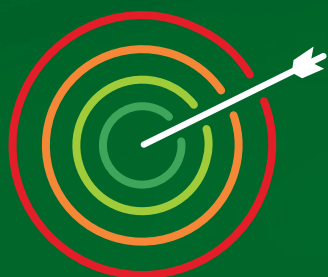
Télépilote de drones agréé DGAC
Scénarios S1, S2, S3

Préparation des vols selon la réglementation en vigueur,
vols en intérieur ou en extérieur,
déplacements sur la France et l'Europe



www.entreprises-sur-scene.com
06 61 80 02 03

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins :



15 OBJECTIFS

1. Le patient est informé et son implication est recherchée.
2. Le patient est respecté.
3. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient.
4. Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge.
5. La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe.
6. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge.
7. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques.
8. Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle.
9. L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire.
10. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement.
11. La gouvernance fait preuve de leadership.
12. L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences.
13. Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance.
14. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté.
15. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins.

Patients, soignants, un engagement partagé



Centre Hospitalier Universitaire
Dijon Bourgogne

CHU DIJON BOURGOGNE

1 bd Jeanne d'Arc - BP 77908 - 21079 Dijon cedex

03 80 29 30 31