



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES

1 rue du docteur martinais
37600 Loches



Validé par la HAS en Octobre 2022

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



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

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	26
Annexe 3. Programme de visite	30

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES	
Adresse	1 rue du docteur martinais 37600 Loches FRANCE
Département / Région	Indre-et-Loire / Centre-Val-de-Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	370000614	CENTRE HOSPITALIER	1 rue du docteur martinais 37600 Loches FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

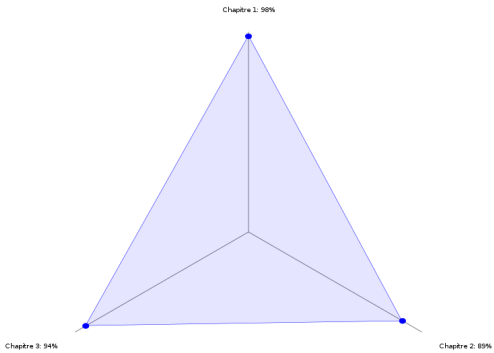
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Psychiatrie et santé mentale
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

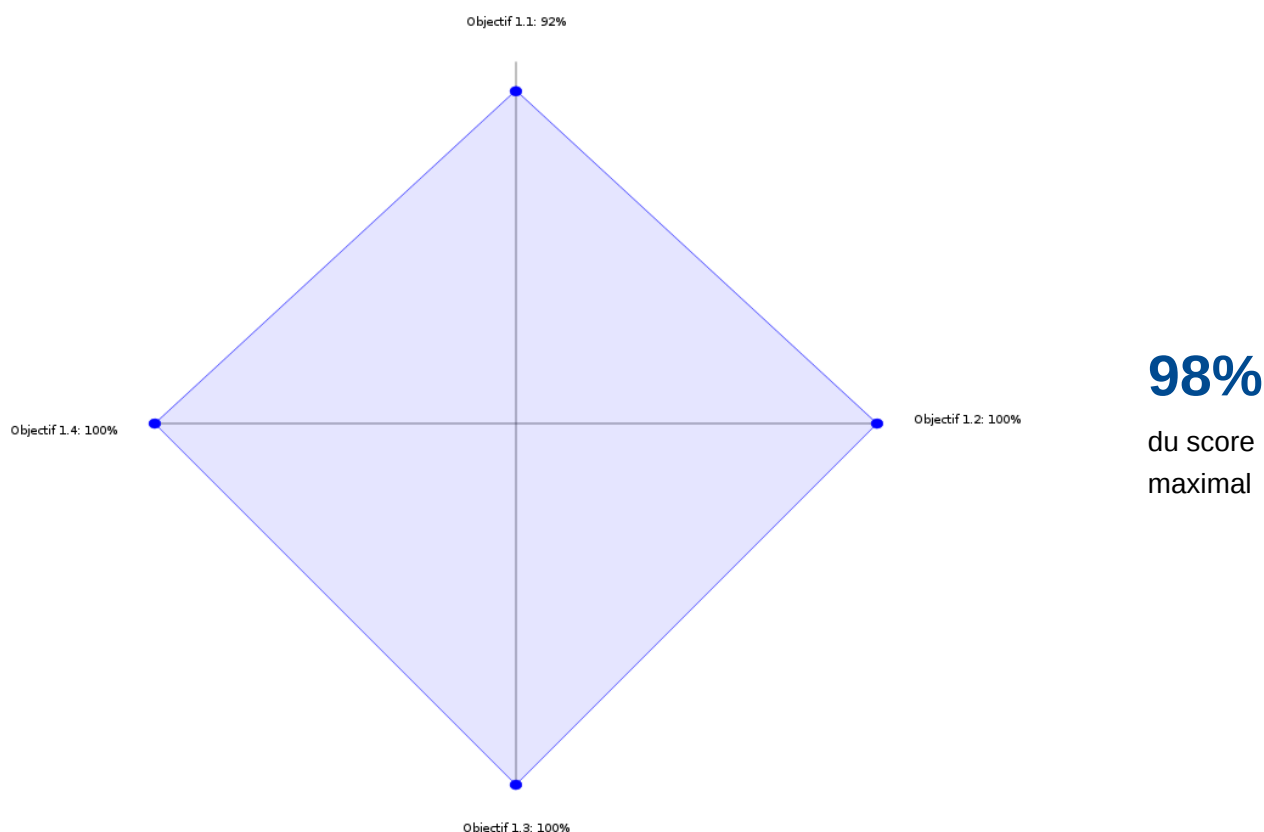
Au regard du profil de l'établissement, [119](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



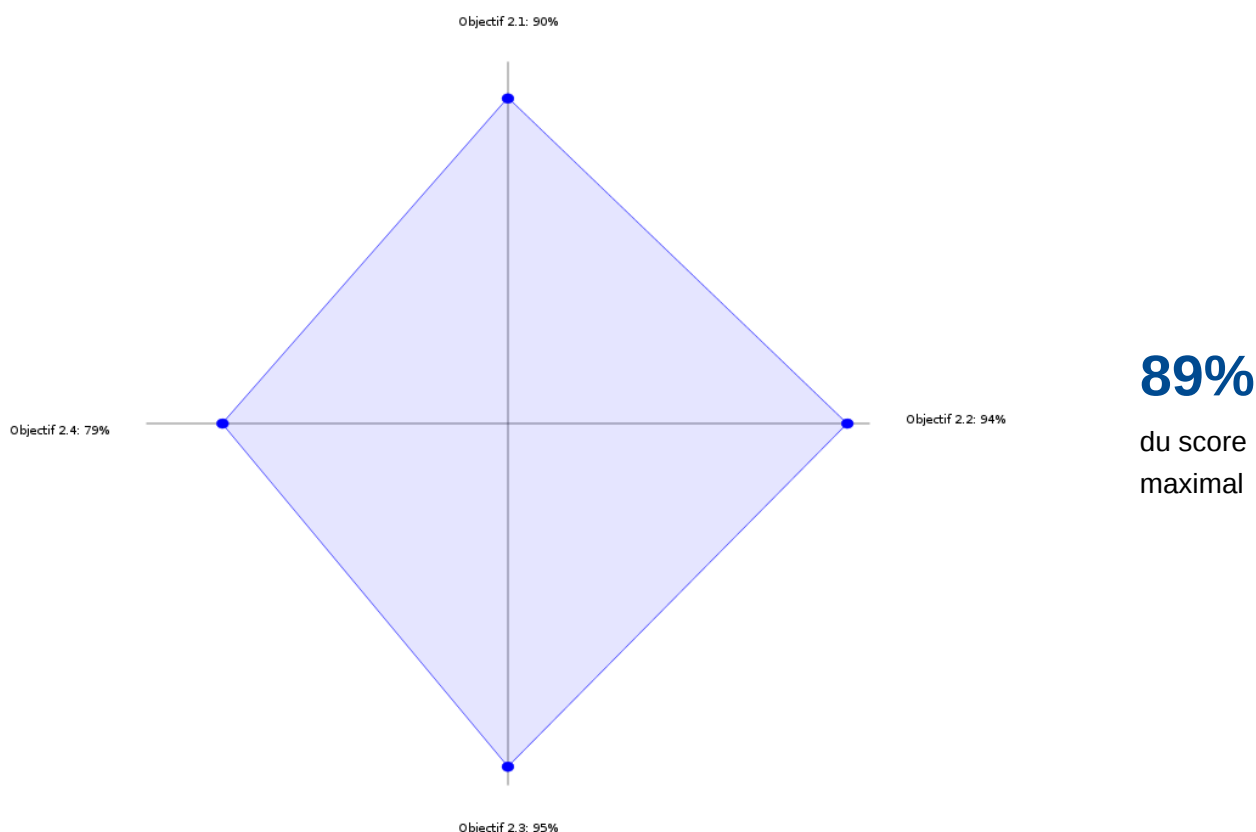
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre Hospitalier de Loches Paul Martinais est composé de 2 sites, l'un regroupant les activités d'Urgences, Chirurgie, Médecine et Psychiatrie, le deuxième (Puy Gibault) est composé de l'activité de SSR et des lits d'EHPAD. Ne disposant pas d'unité de pédiatrie, les enfants peuvent être accueillis dans le cadre de l'urgence, ou pour des interventions chirurgicales de courte durée. Les patients mineurs sont orientés au CHU de Tours, sur le site de Clocheville, autant que de besoin. Le Centre Hospitalier de Loches est partie prenante du GHT 37, l'établissement support étant le CHU de Tours. L'équipe de direction est en temps partagé entre le Centre Hospitalier de Loches et le Centre Hospitalier de Chinon, lui aussi adhérent au GHT. Les patients bénéficient d'une information claire et adaptée tout au long de leurs séjours, quelques soit les modalités d'accueil et d'hospitalisation. La mise à disposition d'un passeport en chirurgie ambulatoire permet au patient

de préparer son séjour ainsi que son retour à domicile. Des supports sont mis à disposition des patients comprenant des messages de promotion de la santé. Concernant le recours des patients aux représentants des usagers, les informations sont retrouvées dans le livret d'accueil remis au patient, par voie d'affichage dans les halls d'accueil, dans les services et sur le site internet de l'établissement. En cas de besoin, les cadres et les professionnels du service rappellent au patient son droit à se rapprocher des représentants des usagers. En 2021, les représentants des usagers ont été sollicités une fois dans le cas de la gestion des réclamations. Les courriers accusant réception des plaintes/réclamations, font également mention de la possibilité de se rapprocher des représentants des usagers. La connaissance des représentants des usagers par les patients, est évaluée via les questionnaires de sortie du patient. Toutefois, du point de vue du patient, le recours possible aux représentants des usagers est méconnu. Les professionnels ont à cœur d'impliquer le patient dans son projet de soins. L'analyse bénéfice-risque est réalisée pour les actes le nécessitant, et la traçabilité du consentement du patient est retrouvée pour les actes à risque (chirurgie par exemple). Afin de donner les moyens au patient de devenir acteur de sa prise en soins, des actions d'éducatrices ciblées à la santé sont réalisées par les différents professionnels, par exemple, en SSR, la diététicienne intervient pour l'alimentation, le kinésithérapeute et l'ergothérapeute pour le maintien de l'autonomie. Les usagers sont invités à désigner leur personne de confiance et leur personne à prévenir, et la traçabilité des informations est retrouvée. Concernant les directives anticipées, le patient est informé de son droit de rédaction via une information complète intégrée dans le livret d'accueil, qui lui est remis lors de chaque admission. Un document d'informations spécifiques est également inséré dans le livret d'accueil. Un formulaire d'aide à la rédaction est à disposition des usagers sur demande dans les différents services. Le livret d'accueil est présenté lors de la remise aux patients, la remise du livret d'accueil est tracée dans le dossier du patient. Un audit de la remise du livret d'accueil a débuté en avril 2022, en même temps que la campagne de recueil des IQSS. Une affiche d'informations est présente dans toutes les chambres, et rappelle qu'en cas de besoin d'informations sur les directives anticipées, les professionnels du service sont disponibles. L'un des objectifs des travaux CPTS Sud Lochoise-Centre Hospitalier de Loches, est l'amélioration de l'information transmise au patient sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Toutefois, pour une partie des patients rencontrés en visite, ils n'avaient pas connaissance de la notion de directives anticipées. Pour autant, en cas de prise en charge palliative, ils sont invités à faire connaître leurs besoins et leurs attentes. Lors de l'implantation d'un dispositif médical, et lors des transfusions, les patients bénéficient d'une information spécifique, et la traçabilité de l'implant leur est remise. Les patients sont invités à exprimer leur satisfaction au cours du séjour, notamment par la mise en place d'un questionnaire spécifique de sortie, qui a fait l'objet d'une actualisation en début d'année. De plus, en hôpital de jour Psychiatrie, une enquête ponctuelle est mise en place. Ces enquêtes ponctuelles sont amenées à être développées dans différents secteurs par la suite, au bloc opératoire, en imagerie, ou aux consultations externes par exemple. D'autre part, les patients peuvent exprimer leur satisfaction ou leur plainte par des courriers à la direction. La prise en compte de plaintes orales est réalisée par le biais de l'encadrement qui se met à disposition des patients. L'ensemble des locaux du Centre Hospitalier permet le respect de l'intimité et de la dignité du patient. Les chambres sont équipées de sanitaires et de douche, et des rideaux d'intimité sont mis en place dans les chambres doubles. Les professionnels sont sensibilisés au respect de la pudeur du patient, et de son intimité, et leurs pratiques font preuve de ce respect comme ils ont pu en témoigner lors de la visite, et qui a été confirmé par les propos des patients. De la même manière, la confidentialité des informations est garantie à toutes les étapes du parcours du patient. L'établissement accueille peu de mineurs. Pour autant, tout est mis en œuvre pour les accueillir de manière la plus appropriée possible tant dans les services d'hospitalisation qu'aux urgences. En effet, aux urgences par exemple, les enfants, en dehors des périodes de soins, peuvent être installés dans le salon des familles de l'UHTCD, et bénéficient alors d'une télévision et d'un endroit apaisant durant les différents temps d'attente en compagnie d'un de ses parents. La population accueillie au Centre Hospitalier de Loches est majoritairement une population âgée, ou présentant des vulnérabilités (handicap, maladie psychique...). Les professionnels, sensibilisés à ces populations, prennent en compte leurs besoins et leur autonomie dans l'accompagnement des actes du quotidiens. Du point de vue du

patient, confirmé par les différents entretiens avec les professionnels, ces derniers font preuve d'une disponibilité remarquable pour l'aide dans les besoins élémentaires des patients. En lien avec une volonté institutionnelle, les professionnels ont rarement recours à la contention mécanique. Lorsque celle-ci est nécessaire, la prescription et la réévaluation à intervalle régulier sont effectives. Dans l'ensemble des secteurs d'hospitalisation complète, la prise en charge de la douleur fait l'objet d'évaluation et de réévaluation autant que de besoin afin de s'assurer du soulagement de celle-ci. L'établissement ne dispose pas d'autorisation d'hospitalisation complète en psychiatrie. Les patients atteints de troubles psychiques sont accueillis sur le CMP, le CATTP ou l'hôpital de jour. Ils bénéficient d'une offre diversifiée en matière d'ateliers thérapeutiques à visée de réhabilitation psychosociale. Les familles et les proches sont impliqués dès que possible, en accord avec le patient, dans le projet de soins. Leur présence est favorisée dans les situations qui le nécessitent. De nombreux patients nécessitent un accompagnement social. Les 2 assistantes sociales, chacune sur leurs secteurs, interviennent de manière précoce auprès de ces patients afin de les accompagner au mieux pour la suite de leur hospitalisation et préparer la sortie au plus tôt.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	90%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	79%

Mis à part en chirurgie, les différents services réalisent des staffs pluridisciplinaires, lieu de partage et de concertation concernant la prise en charge des patients et de leur projet de soins. Ces staffs sont l'occasion pour les équipes de réévaluer la pertinence de l'orientation ou des soins programmés, comme en SSR ou en psychiatrie par exemple. Ces temps de rencontre intègrent les différents professionnels, médecin, infirmiers, aides-soignants, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute.... La prescription des antibiotiques répond à une justification médicale, s'appuyant sur des référents en lien avec le CHU, pour des avis spécialisés ou en lien avec le référent antibiotique de l'établissement. Un guide de bonnes pratiques est disponible, les praticiens hospitaliers sont formés dès leur arrivée à l'utilisation du logiciel incluant la prescription des antibiotiques. La réévaluation à 24/72h est effective (Pop-Up inclus dans le logiciel de

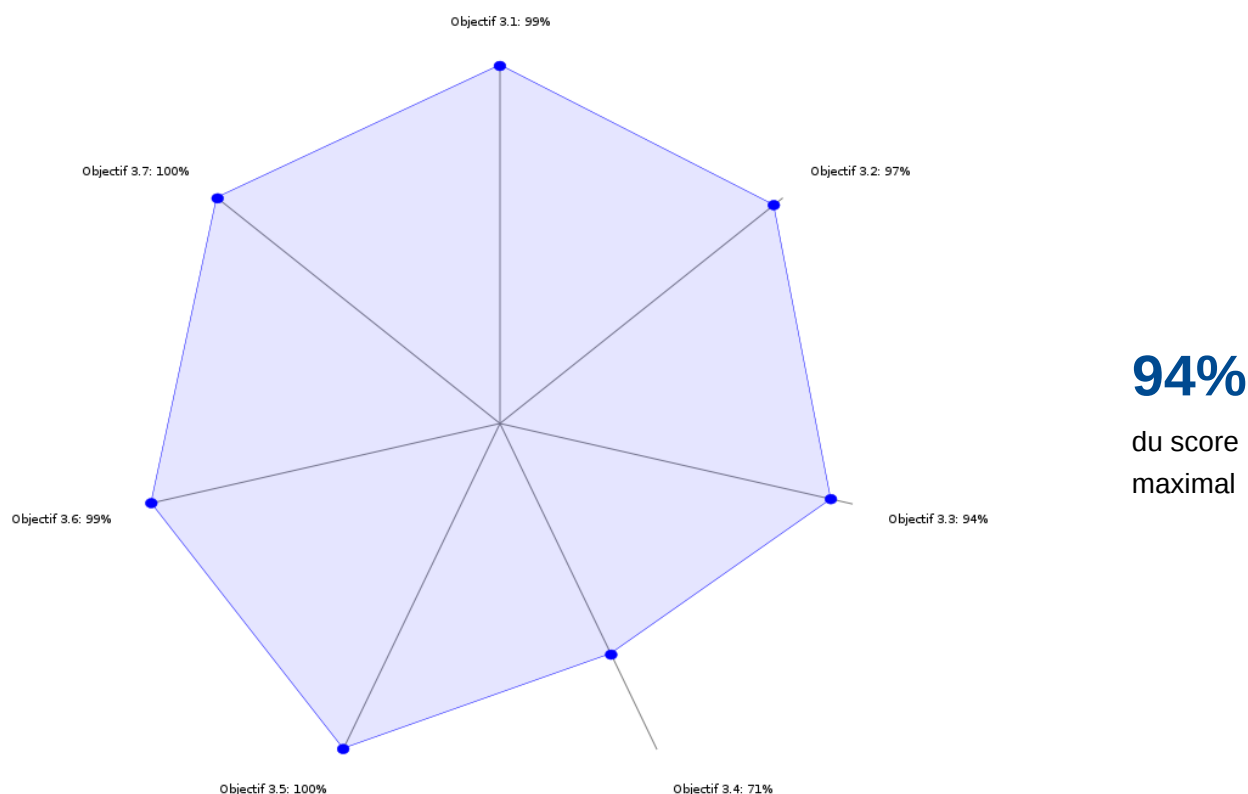
prescription médicamenteuse). L'établissement suit par ailleurs sa consommation en antibiotiques. Chaque transfusion de produits sanguins labiles fait l'objet d'une analyse-bénéfice risque pour le patient. Cependant, les revues de pertinence de ces actes transfusionnels ne sont pas débutées au moment de la visite. Le service des urgences est organisé autour d'un circuit patient debout et d'un circuit patient couché. Lors de l'arrivée du patient, ce dernier bénéficie d'un premier accueil paramédical par l'infirmière d'accueil et d'orientation, formée à cette spécificité, ce qui permet d'évaluer à l'aide d'une grille de tri, le degré d'urgence. L'équipe médicale peut alors être sollicitée de manière rapide afin d'assurer la prise en charge du patient de jour comme de nuit (chambre de garde à proximité immédiate du service des urgences). Les délais d'attente sont communiqués oralement au patient à son arrivée, le logiciel d'admission permettant d'évaluer ce délai. Dans tous les services de soins, y compris le service des urgences, le dossier du patient est rendu accessible pour les différents professionnels. Le dossier du patient est composé en partie de documents papiers, et en partie informatisé. L'établissement s'est organisé pour pouvoir assurer l'accessibilité en temps utile à toutes les données du patient grâce à un accès aux archives papier. De plus, le logiciel de bureautique permet de retrouver immédiatement les différents comptes-rendus de sortie du patient. Dans le cadre d'un partage en lien avec le CHU de Tours, un ordinateur est à disposition notamment aux urgences, relié au dossier patient informatisé du CHU, les professionnels peuvent donc accéder aux données des patients accueillis. L'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient trace en temps utile les éléments constitutifs de la prise en charge, y compris les professionnels des soins de support, ce qui permet une articulation du parcours du patient. La conciliation médicamenteuse est débutée dans le service d'hôpital de jour gériatrique, population à risque identifiée par l'établissement. En tant que de besoins, les équipes peuvent faire appel à des avis spécialisés dans différents champs d'exercice grâce à la présence de nombreux praticiens partagés avec le CHU. L'établissement dispose d'un panel diversifié de consultations avancées (gastroentérologue, cancérologue, ophtalmologiste, dermatologues, cardiologues par exemple). Il peut aussi être fait appel aux équipes mobiles tels que l'équipe mobile de soins palliatifs 37 ou l'équipe de Liaison en addictologie (ELSA). D'autre part, en lien avec un appel à projet, une équipe de liaison en psychiatrie, constituée d'infirmiers spécialisés, peut intervenir à la demande dans les services de soins ou aux urgences. La proximité des services de chirurgie conventionnelle, chirurgie ambulatoire et du bloc opératoire facilite le parcours du patient chirurgical. Le bloc est composé de 3 salles d'opération. Le programme opératoire est réalisé par le biais d'un logiciel dédié et validé en équipe pluridisciplinaire. L'ordonnancement des interventions permet l'intégration des urgences chirurgicales dans un délai compatible avec le degré d'urgence des patients. L'organisation du bloc opératoire est décrite dans la charte de bloc opératoire, ainsi que les différents parcours patient (chirurgie conventionnelle, ambulatoire ou dans le cadre de l'urgence, et selon l'état septique du patient). Un conseil de bloc se réunit 4 fois par an afin d'évaluer le fonctionnement du bloc et les relations avec les autres unités. Une check-list de liaison est mise en place entre les services de chirurgie et le bloc opératoire. Elle a fait l'objet d'un quick audit récent comme en atteste le rapport remis en fin de visite. La complétude de cette check-list étant partielle (par exemple la préparation de l'opéré à 11 %), des actions d'améliorations sont prévues, la réévaluation n'a pas pu être réalisée au regard de la mise en œuvre de cet audit en juin 2022. Concernant la check-list au bloc opératoire, celle-ci est mise en œuvre de manière systématique. Toutefois, sa traçabilité en temps réelle n'est pas toujours réalisée. En effet, il a pu être constaté ce manque de traçabilité lors de la première observation au bloc opératoire alors que le patient était déjà anesthésié. Lors des observations suivantes, la check-list et la traçabilité étaient assurées conformément aux recommandations. En psychiatrie, malgré l'absence de lits d'hospitalisation complète, la prise en charge des patients en hôpital de jour inclut la prise en compte de l'évaluation somatique en lien notamment avec le médecin traitant. Un bilan biologique est demandé par le psychiatre avec relai auprès du généraliste ou de spécialistes le cas échéant. Tout au long du parcours du patient en hôpital de jour, en tant que de besoin, des accompagnements à la programmation, mais aussi à la réalisation de consultations spécialisées est assurée par les professionnels soignants. Le parcours du patient en santé mentale est structuré et opérationnel. La présence d'une équipe mutualisée entre CMP, CATTP, Hôpital de jour permet un suivi du patient de son admission jusqu'à sa sortie. Il existe un dispositif

d'accès précoce aux soins psychiatriques. L'accueil téléphonique est assuré par la secrétaire qui programme un entretien de premier accueil par les infirmiers ou par le psychologue, qui réorientent ensuite vers le psychiatre si nécessaire. Le délai de premier rendez-vous avec le psychiatre est connu et suivi. La prise en soins en HDJ ou en CATTP est décidée en équipe pluridisciplinaire après évaluation par le psychiatre. Le patient bénéficie alors d'un projet de soins individualisé avec orientations vers une offre diversifiée d'activités à visée de réhabilitation psychosociale. Il est à noter toutefois que l'évaluation du risque suicidaire n'est pas réalisée de manière uniforme en psychiatrie. En effet, il n'a pas pu être retrouvé d'outils partagés sur l'évaluation du risque suicidaire, la traçabilité n'est donc pas exhaustive. L'établissement s'est engagé dans un partenariat avec le réseau « Vigilances » afin de développer la prise en compte de ce risque et harmoniser les pratiques sur l'ensemble du Centre Hospitalier. La démarche palliative est coordonnée pour les patients en fin de vie. L'établissement dispose de 4 lits identifiés en soins palliatifs. Les professionnels ont à cœur de prendre en compte les besoins et l'expression des volontés du patient. Ils bénéficient de l'appui de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU, en lien avec des réunions régulières, pluridisciplinaires incluant les soins de supports et de confort. Afin de répondre aux attendus, le centre hospitalier de Loches a fait le choix de remettre au patient une lettre de liaison à sa sortie, et d'élaborer un compte-rendu d'hospitalisation plus complet par la suite pour envoi au médecin traitant. L'ensemble des éléments constitutifs de ce document de sortie est retrouvé dans les services de médecine et de SSR. S'appuyant sur les résultats des derniers IQSS en lien avec la qualité de la lettre de liaison, l'établissement a mis en œuvre des actions d'améliorations. Des audits intercurrents sont réalisés pour évaluer l'atteinte des objectifs. Pour les patients en disposant, le dossier médical partagé est alimenté de ce compte-rendu de sortie par le biais des secrétariats comme a pu en témoigner l'équipe de SSR. L'identitovigilance est mise en œuvre dans l'établissement. Le port du bracelet est une pratique sécurisant la prise en soins des patients, et l'ensemble des éléments du dossier patient comporte l'identification du patient. Les pratiques des professionnels permettent de sécuriser le bon soin au bon patient, notamment lors de l'administration médicamenteuse par exemple. Les vigilances sanitaires sont en place, et les professionnels ont pu témoigner de leur mise en œuvre. Ils connaissent particulièrement le référent en pharmacovigilance et les différents circuits des alertes ascendantes et descendantes. Il a pu être constaté aussi des déclarations d'évènements indésirables en lien avec l'identitovigilance qui font ensuite l'objet d'actions d'amélioration. Le circuit du médicament est organisé de sa dispensation à son administration. La dispensation nominative à la semaine est réalisée par la pharmacie, les modifications de traitements sont prises en compte par les pharmaciens avec un réajustement des dispensations au jour le jour. Le stockage sécurisé est conforme aux attendus dans les différents secteurs, hormis en psychiatrie où il a été retrouvé un stockage de médicaments mélangés, comprenant des médicaments tel que la clozapine. Au regard de ce constat, l'établissement a immédiatement réajusté le stockage en psychiatrie par la destruction de ces médicaments provenant de traitements personnels de patients et réorganisant le stockage dans l'armoire à pharmacie. La prescription médicamenteuse est majoritairement réalisée sur le logiciel dédié. Pour les secteurs des urgences et de la SSPI, le support de prescription est papier, la traçabilité de l'administration est quant à elle retrouvée sur un support différent. L'analyse pharmaceutique est organisée, et des opinions pharmaceutiques sont proposées aux praticiens hospitaliers soit par le biais de mémos sur le logiciel dédié, soit dans les courriers de sortie de certains patients en hôpital de jour gériatrique. La prise en compte de ces opinions pharmaceutiques fait l'objet d'une évaluation. Les médicaments à haut risque selon le terme utilisé au Centre Hospitalier de Loches font l'objet d'une identification particulière de la dispensation à l'administration. Le médicament à haut risque est identifié à l'aide d'une pastille, le KCL bénéficie de plus d'un double emballage spécifique afin de sécuriser au mieux cette molécule. La liste est disponible, actualisée, et comprend une case commentaire pour les précautions particulières à mettre en œuvre. Le logiciel, lors de la validation de l'administration, indique qu'il s'agit d'un médicament à risque. Les professionnels ont été sensibilisés aux différentes étapes de surveillance de ces traitements. La vérification des traitements est réalisée avant administration au patient, au plus près de la prise. En cas de non-administration d'un traitement, la justification est tracée dans le dossier patient, incluant un code couleur si c'est en lien avec un refus du patient ou l'impossibilité de lui donner. Le bilan thérapeutique

est retrouvé de manière inégale selon les services de soins. En psychiatrie et en chirurgie notamment, au regard du courrier de sortie réalisé, le bilan thérapeutique n'est pas intégré. En service de médecine et de SSR, les patients sont informés de leurs modifications de traitement. Le processus transfusionnel est maîtrisé dans l'ensemble des secteurs de l'établissement de la prescription à l'administration. Deux correspondants en hémovigilance (un médecin urgentiste et une infirmière) sont identifiés au sein de l'établissement. Un CSTH se réunit annuellement. Les procédures et fiche de signalement sont connus des professionnels. Des indicateurs sont suivis comme le taux de PSL détruits par exemple. Les précautions standards et complémentaires sont connues et appliquées par les professionnels de soins. L'hygiène des mains est réalisée aux différents temps du soin et l'équipe est informée de la consommation de SHA au sein de son service notamment par le biais d'un affichage spécifique. Des sensibilisations sont réalisées par l'IDE hygiéniste au sein des services, et des audits observationnels sont mis en œuvre, comme par exemple, l'utilisation de la boîte à SHA pour accompagner les équipes dans la bonne réalisation de la désinfection des mains. Considérant les précautions complémentaires, celles-ci sont prescrites sur le logiciel patient par le praticien, et font l'objet d'une validation quant à leur mise en place effective. De plus, l'infirmière hygiéniste est destinataire des résultats de bactériologie, et consulte le logiciel patient afin de s'informer des éventuelles mises en place de précautions complémentaires ou d'alerte BMR. Elle assure alors un rôle de contrôle et de conseils dans la mise en place de ces précautions en se rendant dans les services. Ses interventions sont tracées dans la partie transmissions du logiciel patient. L'infirmière hygiéniste, en poste depuis un an, est bien connue des professionnels de terrain qui n'hésitent pas à faire appel à elle en tant que de besoin. Récente sur le poste, elle a mis en place des formations sur les précautions complémentaires et s'appuie sur des référents hygiène des services auprès desquels elle communique par le biais de réunions. Elle met en place des ateliers dans le cadre de la semaine sécurité patient par exemple à l'aide de quizz ou d'ateliers sur le retrait des gants par exemple. Quelques audits sont réalisés notamment sur le bionettoyage au bloc opératoire, audit sur les pratiques professionnels en endoscopie, participation aux IQSS facultatifs sur les précautions complémentaires en 2021, et un plan d'audits est prévu sur le deuxième semestre. Le processus des circuits et du traitement des endoscopes est maîtrisé. Les professionnels sont formés, un dispositif de tutorat avec validation des compétences est mis en place pour les nouveaux arrivants, avec des audits observationnels permettant de certifier la réalisation des bonnes pratiques. Les professionnels bénéficient des EPI attendus et les utilisent à bon escient. Les contrôles biologiques des endoscopes sont réalisés et suivis à intervalles réguliers (1 fois par an) et autant que nécessaire en cas de réparation ou de résultats non conformes. Chaque endoscope bénéficie d'un carnet de suivi, la traçabilité de toutes les étapes de la désinfection est effective. Le parc des endoscopes est suivi avec l'aide du biomédical en tant que de besoin. L'ensemble des procédures est disponible et mis à jour. L'audit sur les bonnes pratiques de décontamination des endoscopes a été réalisé et des actions d'amélioration ont été mises en place, conforté par la dernière formation reçue. Pour tout acte réalisé avec un endoscope, une feuille d'écologie est mise en place et complétée, l'endoscope est identifiable y compris dans le dossier du patient. À propos des dispositifs invasifs, les professionnels mettent en place les recommandations en termes de pose et de suivi des cathéters par exemple ou des sondes urinaires. La traçabilité de la pose est effective dans le dossier patient, ainsi que les différents changements en lien avec la durée maximum de pose du cathéter. La traçabilité de la surveillance du cathéter est inégale entre les services. Au regard de cela, l'établissement a fait preuve de réactivité en visite, et a mis en place une ligne spécifique de surveillance des cathéters sur le logiciel Patient. Les professionnels disposent de protocoles concernant ces dispositifs invasifs. Cependant, il n'y a pas eu depuis plusieurs années de formation ou de sensibilisation aux règles de bonnes pratiques de pose et d'entretien des dispositifs invasifs, et aucun audit n'a été réalisé à ce jour. La gestion du risque infectieux est maîtrisée au bloc opératoire, tant dans la préparation cutanée du patient, que dans la gestion de l'antibioprophylaxie. La stérilisation du matériel de bloc opératoire et de certains dispositifs médicaux réutilisables pour les consultations externes sont réalisés sur le site du Centre Hospitalier de Loches qui dispose d'une unité de stérilisation. Le processus de stérilisation est opérationnel et efficient. L'établissement est engagé dans le suivi vaccinal des professionnels. Des actions de sensibilisation sont mises en œuvre et le

recours à la vaccination est facilitée dans les services de soins. Le taux de couverture vaccinale des professionnels est connu et suivi. Le Centre Hospitalier de Loches ne dispose pas d'une équipe dédiée au brancardage des patients, les professionnels assurent donc les différents déplacements des patients en toute sécurité, notamment vers le bloc opératoire ou l'imagerie par exemple. Pour le bloc opératoire, il est à noter que de très nombreux patients peuvent s'y rendre à pied, accompagnés d'un professionnel. Afin de préparer la visite de certification, des audits de type parcours traceurs et patients traceurs ont été réalisés. Avec l'appui d'un partenariat avec l'IFCS de Tours, ainsi qu'un groupe d'auditeurs internes formés, des évaluations des pratiques professionnelles sont mises en place dans les différents secteurs. En SSR, par exemple, un groupe de travail est mis en œuvre sur la problématique des chutes, événement indésirable fréquemment déclaré. Des actions d'amélioration sont mises en œuvre comme la création d'un flyer à destination des patients et des professionnels prodiguant des conseils pour limiter le risque de chute. L'exploitation des résultats de l'enquête de satisfaction par le biais des questionnaires de sortie est restituée aux professionnels, par service. Des axes d'amélioration ont pu être mis en lumière en lien avec l'accès patient à internet ou la gestion du bruit la nuit. Les représentants des usagers sont informés des résultats de ces questionnaires, et ont pu participer à la mise à jour du questionnaire. Concernant la transmission des recommandations proposées par les représentants des usagers aux professionnels, ces dernières sont intégrées au PAQSS institutionnel et font l'objet de points à l'ordre du jour des instances et commissions. Il est à noter cependant que les équipes de terrain n'ont pas connaissance des recommandations proposées par les représentants des usagers. Mis à part les questionnaires de sortie, seul le service de psychiatrie met en place une modalité de recueil de l'expérience patient par le biais de réunions soignants-soignés régulières, et d'une association cogérée par les soignants et les patients destinée à améliorer le quotidien de ces derniers. Les professionnels sont informés des plaintes et des réclamations des patients, et participent par le biais de l'encadrement à l'analyse en vue de la réponse à apporter. Des retours d'expériences sont réalisées pour donner suite à certaines réclamations, comme a pu l'attester un exemple donné en lien avec le service des urgences qui a fait l'objet de mise en place d'actions d'amélioration. Les indicateurs recueillis par l'établissement sont partagés auprès des équipes par le biais d'un tableau de bord affiché, spécifique à chaque service. Dans le secteur de psychiatrie par exemple, la participation par les professionnels aux indicateurs facultatifs en lien avec le dossier patient a été réalisée, ainsi qu'un audit du dossier patient, permettant de réajuster certains documents, et d'acquérir le matériel adapté. Toutefois, au bloc opératoire, la check-list ne fait pas l'objet d'une évaluation par le biais d'audit de pratiques, et les indicateurs de go-no go par exemple ne sont pas recueillis. Le circuit des événements indésirables et de leurs traitements est bien connu des professionnels. Des CREX et des RMM sont réalisés de manière ponctuelle, selon la gravité de l'événement indésirable. Du fait du changement récent de la direction et de l'équipe qualité, majoré par les 2 années de crise sanitaire, ces analyses des causes profondes ne sont pas réalisées de manière régulière.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	71%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Le Centre Hospitalier de Loches a souhaité s'investir de manière prégnante sur son territoire et a créé des partenariats forts dans le lien ville-hôpital. Ainsi fortement investi auprès de la CPTS pour fluidifier le parcours du patient, il est à noter une convention pour la réalisation de patients traceurs ville-hôpital, traceurs auxquels les représentants des usagers participent, permettant de mettre en lumière des axes d'amélioration dans la

coordination du parcours. L'établissement assoit de plus sa participation dans le contrat local de santé, ainsi que dans le programme territorial en santé mentale, où l'ambulatorio de psychiatrie est reconnu comme ressource d'expertise pour la prise en soins des troubles psychiques. De plus, afin de favoriser le lien entre médecin traitant et la psychiatrie, des comptes-rendus sont réalisés à destination du médecin généraliste durant le séjour du patient en hôpital de jour psychiatrique tous les 6 mois, avec la volonté de réduire ce délai à 3 mois. Une collaboration est effective avec la plateforme territoriale d'appui des cas complexes, l'établissement étant positionné en tant que solution de recours pour ces situations. Des réunions sont mises en œuvre toutes les 6 semaines pour traiter des situations difficiles. L'utilisation du logiciel Sphère, pour lequel l'établissement a été site pilote, permet une fluidité des informations concernant les patients entre les partenaires de ville et l'hôpital. La collaboration de l'établissement avec les différents acteurs hospitaliers du département est favorisée par son implication au sein du GHT 37. L'établissement s'est engagé en participant au plateau d'imagerie médicale mutualisé avec le CHU de Tours. La réalisation de téléconsultations est possible grâce au matériel mis à disposition dans l'établissement. Le recours à de nombreux spécialistes et référents du CHU est organisé. La présence de praticiens partagés facilite cette mise à disposition de ressources. De plus, pour des avis spécialisés en tension, les praticiens ont accès à des spécialistes du privé, comme en cardiologie par exemple. La collaboration avec le GHT est aussi effective en matière de partage du système d'information, la mise en place d'un dossier patient informatisé unique est en cours. Le Centre Hospitalier de Loches bénéficiera prochainement de la brique en lien avec les urgences avant un déploiement complet fin 2024. La gestion des risques inter-établissements est aussi en cours avec le partage d'événements indésirables et la pratique de retour d'expérience commun entre les établissements. Le Centre Hospitalier de Loches porte une attention particulière à la filière gériatrique. Pour éviter le recours trop fréquent aux urgences pour cette population, des entrées directes et programmées sont possibles en hospitalisation conventionnelle. De plus, des places réservées en hôpital de jour de gériatrie permettent la réalisation de bilans de santé, afin de situer la prise en soins en amont de difficultés majeures. Afin de s'assurer de la fluidité du parcours du patient, notamment en lien avec les urgences, la situation des lits disponibles dans l'établissement, mais aussi en lien avec certains centres hospitaliers partenaires comme le Centre Hospitalier de Sainte Maure, est recueillie plusieurs fois par jour. Le contact entre praticiens hospitaliers et praticiens de ville est favorisé par une permanence téléphonique effective et la mise à disposition de numéro direct dans les services, pouvant être utilisés par les patients. De plus, la promotion du DMP est réalisée par le service des admissions et les documents inclus lorsque l'accès est ouvert par les patients, ces derniers pouvant être accompagnés pour l'ouverture de leur DMP. Pour des raisons informatiques, le dossier pharmaceutique quant à lui n'est pas accessible à ce jour. Pour les enjeux liés à la recherche clinique, l'établissement soutient les professionnels qui souhaiteraient s'y associer, comme avec la diététique qui n'a pu avoir lieu malgré le portage institutionnel du projet. L'établissement, indépendamment des questionnaires de sortie et des enquêtes ponctuelles, promeut la participation à l'enquête e-satis. En lien avec un nombre de réponses ne permettant pas d'avoir des résultats significatifs, le Centre Hospitalier de Loches, en collaboration avec les représentants des usagers, travaille sur cette problématique. Des audits du recueil des adresses électroniques ont été réalisés et des actions mises en œuvre pour tenter d'améliorer le taux de retours. Il n'existe pas à ce jour d'enquête de type PREMS pour évaluer la satisfaction des patients pour certains soins, l'établissement ayant mis en place l'hypnose pour différents soins (Bloc, endoscopie par exemple), réfléchit à la mise en œuvre d'une évaluation de l'expérience du patient avec ce soin spécifique. Si les représentants des usagers ont pu être sollicités pour mettre en œuvre une conférence auprès des professionnels sur le rôle des représentants des usagers, la démarche concernant l'expertise patient n'est pas encore mise en œuvre dans l'établissement. Il existe tant auprès de la gouvernance que dans les pratiques des professionnels, une véritable volonté de bientraitance auprès des patients. Une charte de bientraitance est mise à disposition des usagers et des professionnels. Ces derniers bénéficient de formations spécifiques à la communication centrée sur le patient (écoute active, gestion des conflits et situation de crise par exemple). Des communications autour de la bientraitance et de la maltraitance ordinaires sont réalisées par le biais de gazettes à destination des professionnels. Le circuit de déclaration des maltraitances

est connu, et les professionnels portent une attention particulière pour certaines populations vulnérables avec l'aide des assistantes sociales autant que de besoin. L'ensemble des locaux est accessible aux personnes porteuses de handicap. Il existe toutefois sur l'hôpital de jour psychiatrique une impossibilité pour les patients en fauteuil d'accéder à la salle à manger et la salle de soins. L'établissement a conscience de cette problématique, et dans le cadre du SEGUR, le projet de reconstruction des locaux de psychiatrie est prévu avec la vente de ce bâtiment ancien. L'accès au dossier médical par les patients ou leurs proches est organisé. L'établissement suit les délais de communication en lien avec la CDU. Grâce à sa participation et ses liens privilégiés avec l'établissement support du GHT, l'orientation des patients dans des essais cliniques, notamment en cancérologie est possible. La rencontre avec les représentants des usagers a pu confirmer leur implication au sein de l'établissement. Ils disposent des informations nécessaires à leurs missions, et sont entendus par la gouvernance en cas de demande d'amélioration. Le projet des usagers est en cours de réflexion. Il existe une volonté institutionnelle de communiquer sur la démarche qualité gestion des risques par le biais de différents supports et par l'implication de l'encadrement et de la cellule qualité qui relaye l'information au plus près des professionnels. L'établissement participe de manière systématique à la semaine sécurité patient, et met en œuvre des actions de sensibilisations sur différents sujets. Si les professionnels ont bien intégré la déclaration des événements indésirables comme un processus pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, l'appropriation de l'ensemble de la démarche, des actions précises du programme qualité est naissante au sein de l'établissement, les professionnels n'ayant que partiellement pu définir les actions mises en œuvre pour appuyer cette politique qualité gestion des risques. Pour exemple, lors de la semaine sécurité patient, des actions ont été mises en œuvre, dont la réalisation d'un quizz qui aurait pu permettre d'évaluer la culture sécurité des professionnels. Cependant, ce quizz n'a été identifié en tant que tel que par une petite partie des équipes et n'a pas été utilisé pour mesurer la culture sécurité de l'établissement, mais pour réaliser une approche pédagogique sur les attendus de la qualité et de la sécurité des soins. Concernant la gestion des ressources humaines, des temps de rencontre sont organisés avec le top management pour notamment faire un point sur les compétences manquantes, les métiers en tension et déterminer une stratégie de recrutement (par exemple, contrat d'allocation d'étude pour un manipulateur en électroradiologie), contacts avec les instituts de formation pour présenter les postes vacants, accueil et accompagnement des étudiants. Des modalités sont mises en œuvre en cas d'absentéisme, comme en atteste la fermeture du court séjour gériatrique en lien avec l'absence de praticien hospitalier dédié, ou encore le recours à l'intérim ou à la valorisation des heures supplémentaires en cas de rappel des personnels. Concernant les connaissances et les compétences individuelles et collectives des équipes, un plan de formation et de suivi des compétences est en place. Les professionnels le nécessitant peuvent être accompagnés par voie de tutorat avec un cahier des charges d'évolution et une évaluation en fin d'accompagnement. Avec le soutien du CHU qui s'est engagé dans le co-développement pour les professionnels de l'encadrement, le Centre Hospitalier de Loches permet à ses cadres de santé de bénéficier de formation spécialisée dans le domaine. Dans certains secteurs tels que le SSR, aux consultations externes, au bloc opératoire (par le biais des conseils de bloc), les professionnels ont pu faire part de temps spécifiques pour travailler les irritants du quotidien et mettre en œuvre des actions destinées à mieux synchroniser les temps médicaux et paramédicaux. Cette mise en œuvre n'a pu être retrouvée dans tous les secteurs mais est soutenue et formalisée par des comptes-rendus de réunion comme pour les consultations externes par exemple. Concernant les démarches de travail en équipe, lors de la semaine sécurité patient 2021, les professionnels ont été invités à travailler en équipe autour de plusieurs activités. L'escape game en équipe pluridisciplinaire en est un exemple. Chaque service a également pu participer à une activité à réaliser par service (jour et nuit) autour de mises en situation sur des thématiques telles que le respect des droits des patients et les interruptions de tâches. Le format des instances et commissions a évolué, et permet l'expression des professionnels. Les ordres du jour permettent le travail en équipe pluriprofessionnelle. Des groupes de travail pluriprofessionnels sur des thématiques telles que la prise en charge de la douleur chez l'adulte, la mise à jour des analyses des risques, etc., sont actifs avec des représentants médicaux et paramédicaux. Des réunions avec différents services tels que le Bloc opératoire, la Chirurgie, l'Hôpital de Jour, la Psychiatrie, la

Médecine, les Urgences, l'Imagerie médicale, ont été réalisées en présence de la Direction générale, Direction des soins et Présidence de CME, pour échanger sur les possibilités d'amélioration du travail en équipe. De ces réunions ont découlé la note stratégique de l'établissement et une optimisation de l'exploitation des temps d'utilisation des salles opératoires par exemple. L'intérêt de ces démarches n'est toutefois pas retrouvé de manière uniforme dans tous les secteurs d'activité. Il n'a pas pu être retrouvé de travail spécifique concernant des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, ou de démarches d'accréditation en équipe. Il existe une politique spécifique de développement de la qualité de vie au travail. Cette politique a fait l'objet d'une mise à jour et un questionnaire d'évaluation a été diffusé auprès des professionnels de santé. Favorisé par la taille de l'établissement, les professionnels ont pu faire part de la facilité de s'appuyer sur l'encadrement de proximité pour faire part des difficultés du quotidien et proposer des améliorations organisationnelles au plus proche du terrain. De la même manière, en cas de conflits interpersonnels, les professionnels se tournent en premier lieu vers leur cadre de santé ou cadre supérieur. L'établissement est préparé en cas de situation sanitaire exceptionnelle. Elle dispose d'un plan blanc connu par les professionnels de santé tant dans les modalités de déclenchement, que dans leur rôle à jouer, et aussi en lien avec les différents risques où l'établissement peut être confronté. Des exercices NRBC ont été effectués et des retours d'expérience sont réalisés, y compris dans le cadre de la gestion des épisodes climatiques (canicule) par la mise en place d'une réunion systématique en octobre. La participation aux exercices territoriaux est effective. L'établissement dispose de ressources spécifiques en cas de situations sanitaires exceptionnelles. Identifié comme établissement de niveau 2 par l'ARS, l'établissement situe son rôle plutôt sur un niveau 3 pour sécuriser les prises en charge en cas d'afflux massif de victimes. La collaboration avec les établissements du GHT est organisée pour la gestion des ressources, ce qui a pu être mis en œuvre durant la crise sanitaire. L'établissement a mis en place un plan de sécurisation de l'établissement, et au regard de différents événements indésirables (au regard de disparition à l'insu du service par exemple au SSR), des travaux ont été réalisés pour sécuriser le site. De nombreux pop-up apparaissent lorsque les professionnels accèdent au site intranet de l'établissement, sensibilisant au risque numérique et au changement régulier de mot de passe, conditionné par les logiciels. Le Centre Hospitalier de Loches vient de relancer la démarche en lien avec le développement durable. Des actions sont mises en œuvre au fil de l'eau comme la présence de mousseurs sur les points d'eau, des compteurs relais à différents endroits, ou encore le changement des points de lumière en led pour une diminution de la consommation d'énergie. Un référent développement durable est identifié et une charte en cours de validation. La prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est organisée et effective. Les professionnels disposent d'un numéro d'appel unique sur le site principal de l'établissement et a recours au 15 pour le site distant. Les chariots d'urgence sont opérationnels et la traçabilité de leur vérification est réalisée. Les professionnels sont formés et recyclés à l'AFGSU, ces formations sont suivies par les cadres de santé qui s'enquière de pouvoir inscrire les professionnels en tant que de besoin. Récemment des exercices de simulation en cas d'arrêts cardio-respiratoires ont été mis en œuvre, mais n'ont pas touché l'ensemble des secteurs à ce jour. Un déploiement est prévu. Les professionnels disposent d'une gestion documentaire informatisée, mise à jour au fil de l'eau en lien avec les nouvelles recommandations, soit à la demande des professionnels eux-mêmes, ou en lien avec le suivi réalisé par la cellule qualité. La veille documentaire et réglementaire est effective soit directement par les professionnels référents, soit par la direction. L'établissement a pu démontrer la mise en œuvre de revue de pertinence organisée autour d'une commission des séjours longs (COSELO) par exemple. Le programme d'amélioration de la qualité intègre la prise en compte du point de vue du patient autour notamment des résultats des questionnaires de sortie. Le recueil de différents indicateurs est réalisé par la cellule qualité et les services de soins. Ces indicateurs sont communiqués aux équipes par le biais d'un tableau de bord spécifique aux services, ainsi qu'un affichage sur les indicateurs de l'établissement. Le relai est aussi assuré par les équipes d'encadrement, et la recherche d'actions d'amélioration est réalisée en équipe ou lors de réunions, tels que la CME, la CDU, le COPIL qualité par exemple. Les événements indésirables sont considérés par les équipes comme un véritable levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Le système de déclaration et de suivi du dispositif est bien connu.

Les comptes-rendus de CREX sont disponibles sur l'intranet de l'établissement. Un groupe pluridisciplinaire de revue des FEI se réunit régulièrement afin d'orienter et de suivre les déclarations, leur analyse et les actions mises en œuvre. Autant que nécessaire, en cas d'événement indésirable grave, une analyse des causes profondes est mise en œuvre, et la déclaration sur le site de l'ARS est effective. Les bilans des événements indésirables sont communiqués par la cellule qualité auprès des différentes instances, ainsi qu'auprès des professionnels soit par le biais de flyers spécifiques, soit par l'intervention de la cellule qualité auprès des équipes.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	370000614	CENTRE HOSPITALIER	1 rue du docteur martinais 37600 Loches FRANCE
Établissement principal	370000903	CENTRE HOSPITALIER DE LOCHES	1 rue du docteur martinais 37600 Loches FRANCE
Établissement géographique	370004301	CH DE LOCHES- SSR	10 rue geneviève chaumeny 37600 Loches FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,455
Nombre de passages aux urgences générales	13,527
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	35
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	25
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	4
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	6
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	640
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	3
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	30
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	15
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	15
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	1
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	7,047
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	7,047
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	3
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
2	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique + Médicament à risque injectable ou per os
3	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Chimiothérapie
4	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Per-opératoire
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
6	Audit système	Entretien Professionnel		
7	Audit système	QVT & Travail en équipe		
8	Audit système	Entretien Professionnel		

9	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Pas de situation particulière Programmé	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Programmé	
11	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
12	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Adulte Médecine Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Enfant et adolescent Pas de situation particulière	

			Programmé	
14	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
16	Parcours traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
17	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	

18	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences
19	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
20	Audit système	Entretien Professionnel		
21	Audit système	Coordination territoriale		
22	Audit système	Engagement patient		
23	Audit système	Représentants des usagers		
24	Audit système	Leadership		
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché
27	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
28	Audit système	Maîtrise des risques		
29	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
30	Audit système	Dynamique d'amélioration		

31	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
----	---------------	--	--	----

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

