



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS

Mail pierre charlot
Direction générale
41016 Blois



Validé par la HAS en Janvier 2024

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Janvier 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	15
Chapitre 3 : L'établissement	20
Table des Annexes	25
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	26
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	27
Annexe 3. Programme de visite	28

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS	
Adresse	Mail pierre charlot Direction générale 41016 Blois FRANCE
Département / Région	Loir-et-Cher / 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	410000087	CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS	Mail pierre charlot 41016 Blois FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

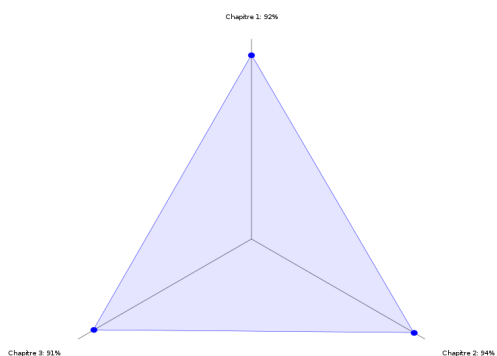
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

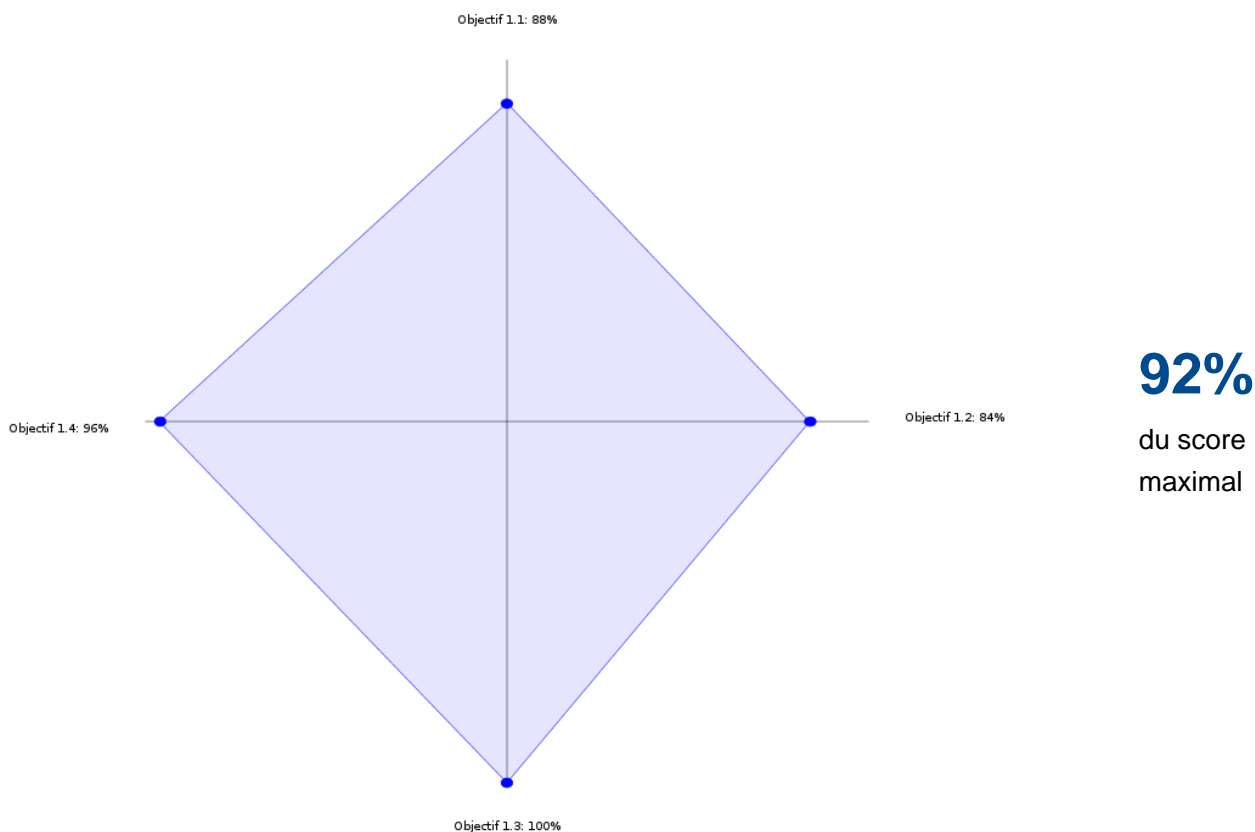
Au regard du profil de l'établissement, [127](#) critères lui sont applicables

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.	88%
1.2	Le patient est respecté.	84%
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	96%

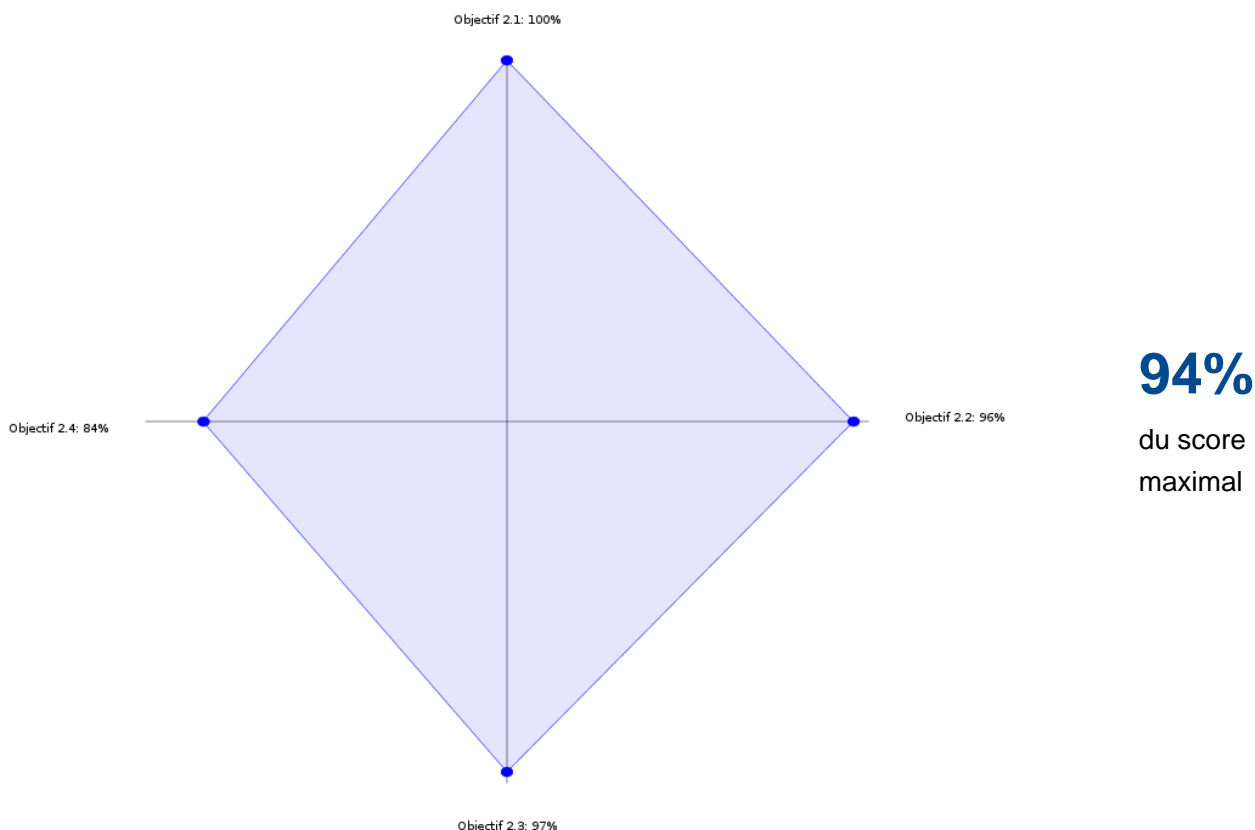
Le Centre Hospitalier Simone VEIL de Blois (CHSVB) est résolument engagé dans le respect des droits du patient au quotidien. Une information claire et adaptée est délivrée au patient ou à son entourage de façon à requérir son (leur) adhésion au projet de soins. L'information accessible dès la préadmission sur le site internet de l'établissement, mais aussi par voie d'affichage ou d'échanges à l'entrée est adaptée au profil concerné, y compris aux enfants et/ou adolescents, personnes présentant des troubles cognitifs, personnes démunies. Pour faciliter l'expression de sa patientèle, l'établissement de santé (ES) met à disposition un certain nombre d'interprètes (internes ou externes) qu'il s'agisse des langues étrangères ou langage des signes. La réflexion bénéfice-risques est recherchée. Le patient est impliqué, chaque fois que possible, dans son projet de soins ; certains dispositifs d'annonce y concourent. L'avis de l'enfant sur son projet de soins se concrétise dans un

engagement de soins, notamment en santé mentale. Le projet de soins du mineur intègre la dimension pédopsychiatrique (consultations spécialisées - repas thérapeutiques - travail scolaire) et la dimension physique (repas/nutrition – repos - déplacement...). L'établissement s'inscrit dans une démarche « d'hôpital promoteur de santé » (vaccination grippe saisonnière, actions d'éducation). Le patient bénéficie d'actions pour devenir acteur de sa prise en charge. Pour exemple, des programmes d'éducation thérapeutiques sont en place en secteurs de spécialités et santé mentale ; une aide aux premiers allaitements en maternité est dispensée. Dès le début de la grossesse, un projet de naissance peut être discuté avec l'équipe soignante. Le recueil de la personne de confiance est effectif, de même que les autorisations de soins pour les mineurs. Concernant la sortie, les ordonnances sont remises. La lettre de liaison n'est pas toujours remise en temps utile (le jour de la sortie). L'implantation de dispositifs médicaux implantables (DMI), l'administration de produits sanguins labiles (PSL) font partie intégrante des informations contenues dans les documents de sortie. Les consignes de suivi du traitement médicamenteux sont formalisées. Au-delà des chartes habituellement trouvées (charte du patient hospitalisé, charte Romain Jacob), la charte de la laïcité est affichée. Les messages sont adaptés aux différents types de prise en charge : informations spécifiques aux modalités de prise en charge en ambulatoire ou hospitalisation conventionnelle par la remise de "passeports", livrets d'accueil spécifiques et/ou feuillets spécifiques dont la maternité - l'unité cognitivo-comportementale - la santé mentale (HDJ et CMP) - et la psychiatrie. La refonte du livret d'accueil date de 2022. En secteur de psychiatrie les bons usages et règles de vie sont définis dans une charte. Les messages de santé publique, peu affichés, empruntent les réseaux sociaux ou le site internet de l'ES, notamment lors des journées nationales. La maternité est labellisée « maternité sans tabac ». Concernant la prise en soins en situation palliative, l'établissement organise en amont cette prise en charge (coopérations, compétences, ...) avec l'accompagnement de l'équipe mobile soins palliatifs (EMSP) interne à l'ES voire départementale. La mise en œuvre par les soignants et médecins est en totale adéquation avec le respect du patient, tant en termes de dignité, d'intimité, de droits, d'information, mais aussi en termes de technicité et d'approche psycho comportementale de la prise en charge palliative. L'équipe de réanimation travaille en proche collaboration avec cette équipe pour les décisions de limitation et arrêt thérapeutique active (LATA). Les directives anticipées font l'objet d'information (fascicule spécifique – livret d'accueil). Une information est donnée (affichage, livret d'accueil) concernant le recours possible aux représentants des usagers (RU) et des nombreuses associations de bénévoles susceptibles d'accompagner les patients dont les contacts sont intégrés dans le livret d'accueil, la démarche à suivre pour signaler un évènement indésirable, le droit à déclarer les directives anticipées. Pour autant, les patients rencontrés ne savent pas toujours comment contacter les RU, et comment avoir recours à ces différents dispositifs (déclaration d'un évènement indésirable associé à ses soins – droit à rédiger leurs directives anticipées). La satisfaction des patients est évaluée sous différents modes (questionnaires de satisfaction - dispositif e-Satis). Le centre hospitalier mène une politique volontariste afin de permettre au patient de faire part de son expérience et d'exprimer sa satisfaction, pour compléter les retours des questionnaires e-Satis, les patients pouvant avoir des difficultés à avoir accès à la plateforme nationale informatique dédiée. Le retour de questionnaires de satisfaction spécifiques contiennent les retours d'avis et commentaires. La réflexion pour favoriser l'émergence d'un patient partenaire, par le développement de partage d'expérience, à ce jour, est en cours de développement . L'expérience patient n'est recueillie que dans quelques secteurs d'activités, notamment via la tenue de réunions communautaires en santé mentale en intra et extrahospitalier. L'hôpital de Blois est un ensemble de grande hauteur réparti sur 9 étages, dont les équipements (chambre double - douche commune pour un secteur d'activités – accueil de plusieurs patients en HDJ de médecine dans un espace contraint sans possibilité de paravents – chambre à 4 lits en pédiatrie sans accès à l'extérieur pour les adolescents de psychiatrie en restriction de liberté et/ou sans chambre d'apaisement) et la fonctionnalité montrent ses limites à ce jour (étages différents pour la maternité et le bloc opératoire avec ascenseur dédié – accueil des urgences pédiatriques éloignées des urgences générales – circuits des urgences croisés), en terme de dignité, intimité et/ou confidentialité. Toutefois, le projet immobilier de restructuration en cours prévoit d'améliorer les circuits et conditions d'hébergement. Par ailleurs, l'unité

sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) est en nombre et surface insuffisant et sans issue de secours pour les soignants. Pour autant, les professionnels s'efforcent d'offrir des conditions d'accueil et d'hébergement permettant de respecter la dignité et l'intimité du patient dans la plupart des cas. Il a été remarqué en secteur de psychiatrie un défaut de vigilance quant au respect de ces deux valeurs (caméras de surveillance centrées de façon inadaptée en chambre d'isolement). Ce point a été résolu en cours de visite. La propreté des locaux est remarquée. Les décorations murales de certains passages (passage souterrain) ou secteurs d'activités permettent d'égayer les locaux. Certaines unités bénéficient d'un environnement privilégié [(unité de soins palliatifs (USP) – HDJ adolescent et CMP en santé mentale)] du fait de leur ouverture récente. La reconstruction de l'hôpital est envisagée dans la perspective de pouvoir offrir aux patients un niveau de confort acceptable et de favoriser un parcours de soins plus lisible et aisé. Dès le mois de Décembre, une unité d'hospitalisation pour adolescents doit s'ouvrir dans ce sens. La réhabilitation du CH de Blois à l'horizon 2029 bénéficie dans le cadre du Ségur de la santé d'une enveloppe de 90 M. Le Schéma Directeur immobilier validé du "nouvel hôpital" a été transmis à l'ARS en Janvier 2018. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté (hébergement en chambre seule avec douche en secteur adulte – outils adaptés – hypnose conversationnelle pour diminuer son appréhension avant l'opération – espace en salle de réveil dédié avec possible présence des parents – décographes en service de pédiatrie). L'équipe de professionnels de pédiatrie assure leur activité alternativement entre les urgences pédiatriques et le secteur d'hospitalisation permettant une juste répartition des compétences. En secteur de chirurgie conventionnelle, les professionnels n'ont pas reçu de formation spécifique sur la prise en charge des enfants, notamment au regard des actes prévalents réalisés. Toutefois, certains d'entre eux sont inscrits à des formations sur la prise en charge de l'enfant. Au bloc opératoire, les anesthésistes sont formés à la prise en charge des enfants, des plages horaires y sont dédiées spécifiquement. Les enfants pris en charge en chirurgie ambulatoire (UCA) bénéficient d'informations et d'une visite des locaux en pré-opératoire. Les patients en situation de handicap bénéficient d'une prise en charge adaptée sous différentes formes (physique – visuel – auditif - mental). Des professionnels de santé proposent une expertise personnalisée grâce au dispositif HandiMobile 41. Qu'il en soit du patient en situation de handicap ou du patient âgé, le maintien de l'autonomie est une préoccupation des soignants. Le degré d'autonomie est mesuré lors de l'évaluation initiale (macrocible d'entrée) et tracé aux dossiers. Les équipements sont adaptés (matériel pour patients en surpoids – tablettes – échelle douleur pour les patients non communicants etc..). La politique de l'établissement vise le recours à la contention comme devant être exceptionnel. La procédure "Contention physique passive - Bonnes pratiques au CHB" révisée en Mars 2023 (accessible dans la GED et communiquée en CME) encadre le recours aux barrières comme un moyen de contention. Cependant, elle n'est pas systématiquement appliquée. La prise en charge de la douleur (échelle d'évaluation de la douleur spécifique aux profils) fait l'objet d'évaluations et de réévaluations après traitement tracées dans le dossier patient. Des méthodes de prise en charge non médicamenteuses sont proposées ((art-thérapie – hypnose – relaxation – balnéothérapie). Il a été relevé que les prescriptions conditionnelles d'antalgiques si besoin ne sont pas référés à une échelle d'évaluation. Un rappel aux praticiens par le biais d'un feuillet « Info risque » a été réalisé au cours de la visite. Les proches et/ou aidants sont associés dans la construction du projet de soins et son déroulé (accompagnement de l'enfant au BO et en salle de réveil – préparation à la parentalité – accompagnement en secteur de psychiatrie). Dans des situations complexes, la présence des proches est élargie autant que de besoin. L'établissement propose des prestations d'accompagnant (repas et nuitées à l'hôpital). Le père ou la mère peut rester auprès de son enfant jour et nuit. Des banquettes-lits sont mises à la disposition d'un des deux parents s'il souhaite rester la nuit. Des salons de famille et zones de vie sont intégrées à l'unité de soins palliatifs. Le programme « BREF » (programme de psychoéducation) s'adresse aux aidants qui accompagne une personne vivant avec un trouble psychiatrique. L'ESCAD, par ailleurs, apporte un soutien individualisé afin d'atteindre une certaine autonomie. L'accompagnement des personnes en situation de précarité sociale est réalisé par l'assistante sociale. Exceptionnellement, le manque de repérage ponctuel d'une situation de précarité ne l'a pas permis. La prise en compte des populations vulnérables est favorisée par la présence des aidants. Les conditions de vie et de lien social sont prises en compte tout au long de la prise en

charge. En dehors de l'accompagnement par une assistante sociale, les personnes en situation de précarité peuvent avoir recours à la Permanence d'Accueil aux Soins de Santé (PASS) du centre hospitalier. Celle-ci permet une orientation ou un accompagnement vers les réseaux de ville afin d'assurer la continuité de prise en charge. L'intervention d'associations et de bénévoles est, dans tous les cas, favorisée. Une équipe mobile Psychiatrie Précarité est présente au CMP, proposant un appui technique auprès des professionnels. Les professionnels du CMP interviennent au sein de la maison d'arrêt de Blois. Le patient mineur bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation éducatives et scolaires en secteur de santé mentale et en pédiatrie. Des bénévoles d'associations animent également des activités et/ou spectacles auprès des enfants. En hôpital de jour (HDJ) de santé mentale, la fonction parentale de substitution, pédagogique ou éducative est prégnante. En Soins de Longue Durée (USLD), les patients bénéficient notamment de prestations permettant le maintien de son autonomie et son lien social (interventions des rééducateurs – développement d'activités individuelles ou collectives à type d'ateliers cuisine et décoration – concerts- cinéma etc....). Un panel d'activités est proposé en secteur de santé mentale, permettant l'inclusion sociale des patients : réhabilitation psychosociale – activités thérapeutiques autour de médiations (psychomotrice, éducative, psychopédagogique) - ateliers de médiation artistique. La préparation de la sortie est anticipée, au regard des modes développés [PRADO (Cardiologie – Maternité – Personnes âgées - chirurgie) – HAD] et des conditions de vie habituelle des patients. Le recours à l'équipe mobile Soins de Suite et Réadaptation (SSR) Neuro Locomoteur (HandiMobile 41) permet une analyse des besoins d'adaptation nécessaires pour l'orientation et/ou l'accompagnement d'un retour à domicile, et l'amélioration des conditions de vie dans l'environnement socio-familial. Des solutions de compensation personnalisées (aménagement architecturaux, choix de matériel et dispositifs techniques, identification des besoins en aide humaine, information sur les services et prestations pertinents) sont recherchées.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	97%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	84%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein des équipes. La régulation médicale dirige le patient vers la filière la plus adaptée à la pathologie présentée dans les délais les plus courts. Des admissions directes empruntent les filières relevant de services spécialisés (Réanimation - Cardiologie – Soins Palliatifs). Les préférences du patient et/ou médecins responsables d'une prise en charge antérieure sont pris en compte, chaque fois que possible. L'analyse quotidienne des dossiers en staffs en présence d'un médiateur donne lieu à des actions d'amélioration, à type de formations/conseils thérapeutiques ou d'adaptations des moyens. La pertinence des orientations depuis le service des urgences est organisée, dans les meilleurs délais. Une formation d'infirmier(e)s organisateur de l'accueil (IOA) est dispensée aux IDE y participant, dont l'utilisation de l'échelle de tri « FRENCH ». Les professionnels du service d'urgences font

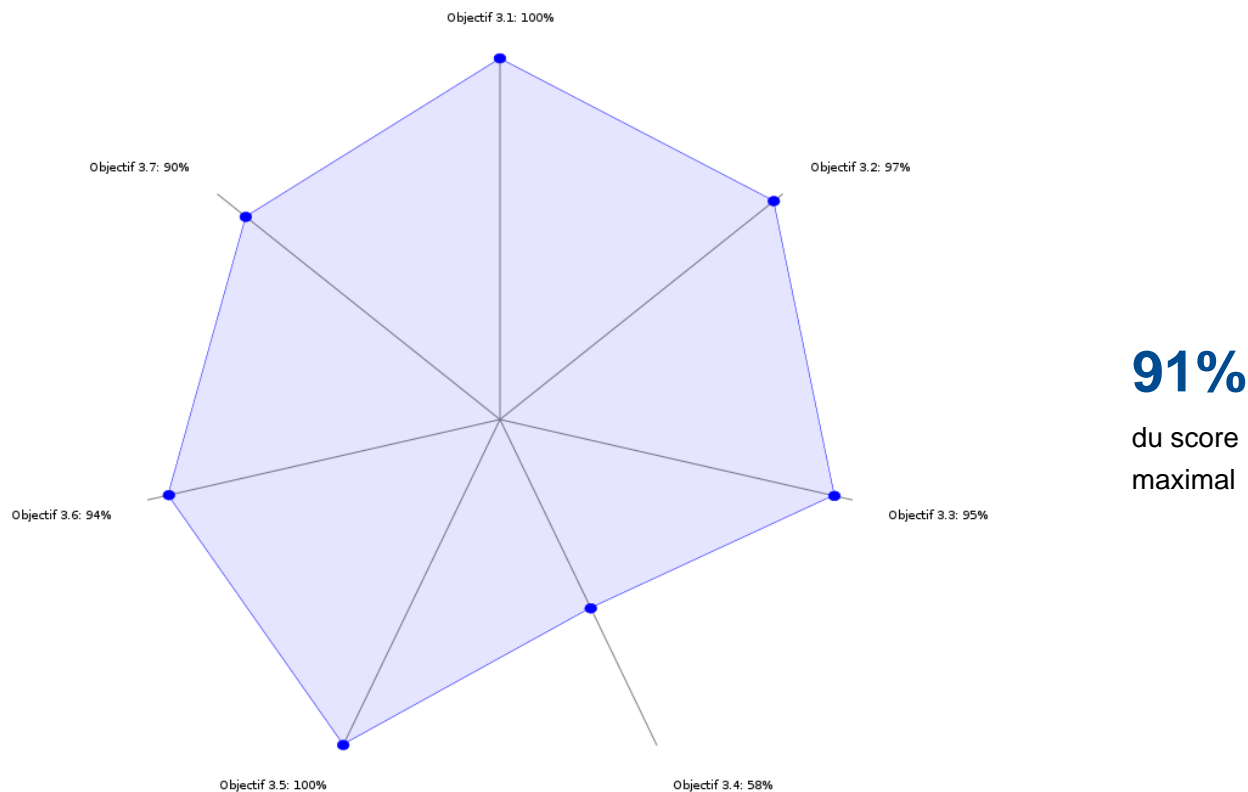
appel à l'équipe de liaison afin d'évaluer et orienter les personnes se présentant aux urgences générales pour une souffrance psychique. En santé mentale, le patient est orienté en fonction de sa situation clinique vers les unités d'intra ou d'extrahospitalier. Il est à noter que des consultations non programmées de médecine générale sont assurées en journée du lundi au Vendredi et le Samedi matin par les médecins libéraux sur le centre de soins non programmés, rendu possible par un travail conjoint et un partenariat entre la CPTS « La Salamandre » et le CHSVB et permettant un désengorgement des urgences. Les hospitalisations en service de SSR sont décidées en lien avec l'équipe qui adresse le patient afin de justifier de l'intérêt de la prise en charge, puis réévaluées tout au long du séjour (staffs hebdomadaires). L'HAD est un mode de sortie envisagé chaque fois que possible. Le recours à des mesures restrictives de liberté en santé mentale ou en hospitalisation pour des patients déments - déambulants est argumenté et réévalué. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée. Les prescriptions probabilistes sont réévaluées dans les 72 h. Une politique d'épargne transfusionnelle a été construite avec l'EFS et portée par l'équipe d'hémovigilance. La prescription de produits sanguins labiles (PSL) est réalisée au regard de l'analyse bénéfice-risque ; les revues de pertinence de la transfusion sont réalisées. Le taux de destruction des PSL est suivi et analysé. Les parcours s'inscrivent dans une prise en charge en proximité. Les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques. Les données antérieures du dossier patient sont accessibles, dont le dossier médical préhospitalier des SMUR. La pertinence de l'admission ou du séjour est réévaluée régulièrement en équipe pluridisciplinaire, lors de réunions de synthèse ou de staffs. Une commission des « cas complexes » examine les dossiers à la recherche des causes de prolongation des séjours. En cas de patients « hébergés », faute de disponibilité de lits dans le service adapté, le spécialiste en charge du suivi en est informé, permettant un suivi adapté (identification de l'unité de rattachement et de l'unité de responsabilité). Les patients bénéficient d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire dans un souci de recherche de solutions adaptées aux difficultés rencontrées. On note une bonne coordination des professionnels sur les parcours complexes, organisés en filières. Une infirmière en pratique avancée (IPA) est présente en secteur de cancérologie depuis Septembre 2022 permettant un suivi alterné entre oncologue référent et IPA dans le cadre d'une thérapie orale. Une IDE de coordination en unité de chirurgie ambulatoire (UCA) permet de répondre aux questions du patient sur son parcours. Sur la filière cancérologie, les patients peuvent bénéficier de prestations les aidant à mieux vivre leur maladie (réflexologie – sophrologie – acupuncture – APA – ateliers de loisirs créatifs). Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins. Une concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permet de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique. Le projet de soins est personnalisé, construit en incluant les professionnels des soins de support (Equipe mobile douleur – Equipe mobile soins palliatifs – Equipe mobile de gériatrie – Equipe de liaison de psychiatrie) pour des avis spécialisés et/ou les personnes ressources travaillant en transversalité (diététicienne – ergothérapeute – kinésithérapeute – APA - psychologue – assistante sociale...). En psychiatrie, tout patient hospitalisé bénéficie d'un examen somatique, y compris en HDJ pour les patients qui n'ont pas de médecin traitant. Par ailleurs les critères de sévérité (risque suicidaire – situation de décompensation etc...) sont évalués à l'aide d'outils partagés. En santé mentale, l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) aide au repérage et orientation vers les dispositifs de soins. Elle s'inscrit comme dispositif de prévention, de liaison et d'appui aux institutions, permettant de limiter les ruptures des parcours de soins en organisant leur continuité auprès des dispositifs traditionnels de prise en charge : CMP, HDJ, unité d'hospitalisation, CMPP, suivi en libéral. En ambulatoire, les délais d'accès aux soins psychiques sont importants. Les observations des différents professionnels sont présentes au dossier : observations soignantes et des soins de support dans les dossiers le justifiant. Certaines observations à la marge n'ont pas été retrouvées en termes de traçabilité (PEC de la douleur – dose de rayonnements ionisants reçus – prise en charge psychologique et sociale). Le dossier patient est accessible, malgré la cohabitation d'un dossier papier (réanimation – anesthésie) et informatisé, du fait notamment de l'arrêt du déploiement du DPI choisi à l'échelle du GHT (problème lié au développeur). La traçabilité des éléments du dossier est réalisée en temps utile. Les patients bénéficient d'une prise en charge coordonnée tout au long du parcours. L'ensemble des professionnels a accès au dossier du patient. Le recours aux avis spécialisés est

assuré en interne (douleur, soins palliatifs, hygiène, stomathérapeute, addictologie, sophrologue...) ou en externe (Handimobile 41 – soins palliatifs...). L'équipe de soins peut faire appel si besoin à un réseau de recours ou d'expertise [conventions réseaux de soins (périnatalité... – recours aux infectiologues du CHU par exemple)]. En situation de soins palliatifs, une approche spécifique renforce l'accompagnement des patients. Une attention particulière est apportée aux souhaits des patients. Au-delà des douleurs physiques, est prise en compte la souffrance psychologique, sociale [art-thérapie – bains thérapeutiques – toucher-massages – temps conviviaux (anniversaire)]. La programmation opératoire est organisée. La check-list « sécurité du patient », adaptée aux différents plateaux techniques, est utilisée et évaluée. L'audit réalisé en Avril 2023 a permis d'objectiver la complétude de la check list. Les équipes du bloc opératoire (BO) et des secteurs d'activités se transmettent les informations amont-aval de la prise en charge via le dossier médical et une fiche de liaison. La qualité de l'information fait l'objet d'évaluations réitérées. La cellule de régulation (régulateur paramédical et médecin régulateur) du bloc opératoire extrait les indicateurs d'efficience du bloc opératoire, permettant d'analyser les écarts de programmation. Le devenir et le mode de sortie sont discutés en staff, et réévaluées durant le séjour. Les conclusions des réunions de synthèse sont tracées dans le dossier du patient. Une lettre de liaison est remise au patient à sa sortie et adressée au médecin traitant. Elle n'est pas toujours remise en temps utile (le jour de la sortie), voire pas réalisée à l'issue d'une cure de chimiothérapie en ambulatoire, sauf à la demande d'un patient susceptible de se déplacer. En maternité, les consignes sont données et l'orientation faite si besoin (PMI, Sages femmes libérales). La complétude du carnet de santé à la sortie assure la continuité de la prise en charge avec les relais extrahospitaliers. En secteur de chirurgie et de psychiatrie, le carnet de santé n'est pas toujours renseigné à la sortie. Les équipes s'appuient sur des recommandations de bonnes pratiques et maîtrise les risques liés. La coordination des vigilances sanitaires est effective et la permanence en est assurée. Les professionnels connaissent le nom des correspondants. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles. Les règles d'identitovigilance sont connues des équipes rencontrées, dès l'accueil et durant le séjour. En HDJ, les patients ne portent pas de bracelets d'identité qu'il en soit de l'HDJ de médecine ou de SSR. Ce problème a trouvé une solution immédiate pendant la visite, par la pose de bracelet à tout patient pris en charge en HDJ. L'appropriation de cette mesure par les soignants reste à conforter. Les principes d'identitovigilance sont appliqués, aux rares exceptions où l'étiquetage des produits perfusés n'est pas réalisé avec les étiquettes pré-imprimées ad hoc (étiquette au nom du produit, dosage) et les éléments du dossier papier pas tous identifiés. Le traitement personnel du patient est connu dès l'entrée. La prescription médicamenteuse est informatisée, réalisée dès l'admission ; elle fait l'objet d'une analyse pharmaceutique. Pour les médicaments à risque, les professionnels ont bénéficié d'une sensibilisation. L'ES considérant que tout médicament est un médicament à risque a « up gradé » la notion de médicaments à risque tel que définis dans l'arrêté du 6 Avril 2011 ou l'Omédit Centre Val de Loire en Médicaments à plus haut risque (MHR). Il n'existe pas toujours de concordance entre la liste diffusée dans les unités de soins extraite de la dotation (impression noir et blanc) et la liste générique affichée dans les secteurs de soins (affiche couleur). Pour exemple, l'insuline n'est pas toujours identifiée comme un médicament à risque. La délivrance nominative de certains antibiotiques à large spectre entraîne un stockage dans certaines unités sans identification de cet antibiotique comme médicament à risque, bien que cités dans le livret diffusé à l'échelle de l'ES (Livret des MHR - médicaments à plus haut risque). Le stockage des produits de santé dont les médicaments à risques n'est pas toujours sécurisé (local pharmacie non sécurisé - code de sécurisation connu de professionnels non habilités à dispenser des médicaments - clés de l'armoire à pharmacie à disposition dans un tiroir de la salle de soins). Certains médicaments sont accessibles aux patients et/ou son entourage (en chambre du service de réanimation - en salle de naissance dans le chariot d'anesthésie). Ce constat réalisé dès le premier jour a trouvé des solutions pendant la visite, dès l'information de l'établissement; les délais variant en fonction de la solution trouvée (sécurisation des chariots en salle de naissance en l'attente de la livraison des chariots sécurisés déjà commandés – mise en place de digicodes en service de réanimation et secteurs d'activités - installation de boîtes à clés.) Les traitements par chimiothérapie sont préparés dans l'unité de reconstitution des médicaments anticancéreux conformément aux exigences, renforcées par l'utilisation d'une DRUG CAM

permettant un double contrôle avant la libération des poches. Le transport des produits est réalisé par un ASH habilité. Le risque d'erreur d'identité lié au manque de bracelet conjugué à l'absence d'utilisation des étiquettes pré-imprimées pour les médicaments complémentaires des chimiothérapies a été immédiatement pris en compte d'autant que certains patients laryngectomisés ne peuvent pas décliner leur identité. La rupture de continuité du relevé de température pour les médicaments thermosensibles constaté le week-end pour les secteurs ambulatoires fermés a trouvé une solution immédiate. Des audits flash du circuit du médicament ont été effectués autour de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse six mois avant la visite, de même qu'un audit de la check-list. Pour la conciliation médicamenteuse, l'ES a identifié le profil des patients devant en bénéficier. Le déploiement en est effectif. L'ES va plus loin dans la démarche en pratiquant l'optimisation thérapeutique en onco-hématologie et court-séjour pédiatrique. En termes de sécurité transfusionnelle, les différents protocoles ont été réactualisés. Les différentes étapes du processus transfusionnel sont tracées au dossier ; les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de complications La prévention des infections associées aux soins est assurée, coordonnée par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOHH) en lien avec le réseau de correspondants des unités de soins. Les SHA sont disponibles et les prérequis à l'hygiène des mains appliqués (non port de bijoux). Les précautions standards et complémentaires sont appliquées, avec la mise à disposition des équipements nécessaires à leur mise en œuvre. Les correspondants en hygiène veillent sur le terrain au respect des précautions standard et complémentaires (justifiées par une prescription médicale de l'EOHH en collaboration avec le laboratoire) et à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle. Les équipes disposent de protocoles d'antibiothérapie, des référents sont identifiés pour assurer un conseil si nécessaire. Une formation à tout nouvel arrivant et une formation annuelle aux praticiens sont réalisées par les infectiologues correspondants Les équipes maîtrisent les pratiques d'antibioprophylaxie. La prescription utile est réalisée dès la consultation préanesthésique ou visite préopératoire, tracée au dossier et vérifiée lors de la check-list. Un audit a été réalisé en chirurgie en Mars 2023. Le risque infectieux liés aux dispositifs médicaux réutilisables est maîtrisé. Le CHSVB dispose de plusieurs sites d'endoscopie, l'un au BO, les autres au niveau des consultations. Le traitement est réalisé dans le local central de désinfection des endoscopes, dont l'activité fait l'objet d'une certification ISO 9001. Les professionnels en charge du traitement des endoscopes ont été formés par compagnonnage et EOHH. Le processus de désinfection répond dans ce cas aux exigences (locaux et équipements – enceintes de stockage – contrôles microbiologiques – traçabilité avec carnet de vie). Des protocoles de pose et d'entretien des abords vasculaires sont formalisés ; des livrets d'informations sur les cathéters PiCCline et Midline existent. La pertinence de leur maintien est évaluée. Un temps dédié d'infirmier anesthésiste (IADE) à hauteur d'un mi-temps est missionné sur la gestion des abords vasculaires. Les équipes des secteurs interventionnels respectent les bonnes pratiques. Le traitement de l'air est optimisé pour toutes les interventions chirurgicales, y compris orthopédiques (entrées contrôlées pour les prothèses). L'EOHH développe de nombreuses actions d'évaluation, dont certaines reposent sur une réponse aux quizz en ligne à type de "pulpe-friction" - "WOOLAP". En balnéothérapie, l'hygiène des patients et la surveillance de l'environnement correspondent aux attendus et constituent les éléments du carnet sanitaire. Les professionnels sont formés à la radioprotection ; les doses reçues par les patients sont tracées sur les supports ad hoc, en dehors de rare exception. En secteur gériatrique, le risque de dépendance iatrogène n'est pas évalué et traité sous toutes ses formes ; il se limite souvent à la iatrogénie médicamenteuse. Les équipes sont sensibilisées à l'importance de la vaccination (campagne de sensibilisation – évaluation des freins). En santé mentale, la formation permet aux professionnels d'avoir la capacité de gérer l'agressivité verbale et/ou physique des patients, en développant des habiletés et des modes d'intervention pour assurer leur sécurité et celle des autres. Le risque d'hémorragie du post-partum est maîtrisé (chariot d'HPP en place et vérifié de façon périodique - procédure référencée dans la GED - logigramme affiché mis à jour). Les traçabilités sont retrouvées. Une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée sur ce thème en janvier 2023. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est soit signée d'un médecin soit réalisée sous condition d'un score auquel les IDE de chirurgie ambulatoire sont formés (5 IDE sur la liste fournie formés au score de CHUNG d'aptitude à la sortie). Le transport des patients en interne est maîtrisé (délai de prise en

charge optimisé – matériel adapté – dignité, confidentialité respectées – identité contrôlée). Le service est certifié ISO 9001. Les professionnels sont formés AFGSU 2 et en cours de formation au nouveau logiciel en cours de déploiement pour une meilleure régulation des transports. Les équipes évaluent leurs pratiques selon plusieurs méthodes qui sont en cours de développement. Si l'évaluation des résultats cliniques (intérêt thérapeutique) sur un panel de patients identifié comme pouvant présenter un potentiel d'amélioration, n'est pas réalisée dans tous les secteurs, certaines unités publient dans des congrès nationaux les résultats de leur démarche (pour exemple, l'unité cognitivo- comportementale sur l'utilité des thérapies non médicamenteuses - démence et précarité - sommeil des patients porteurs de démence). La satisfaction des patients est évaluée sous différents modes (questionnaires de satisfaction - dispositif E-satis) et le recueil de l'expérience patient est promue. Les professionnels recueillent les indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins, les analysent et les suivent. Ces indicateurs font l'objet d'une diffusion large. La culture du signalement est présente. Les événements indésirables associés aux soins font l'objet d'une analyse collective (REMEDI – RETEX – RMM) et actions d'amélioration. A cet effet, la formation a été initiée dès 2018. Des audits flash, check-lists et enquêtes internes ont permis de mesurer le taux de conformité de certains indicateurs en amont de la visite sur des points de sécurité ciblés sur les droits des patients (désignation de la personne de confiance, l'information sur les directives anticipées - l'information pré et post transfusionnelle du patient - mesure de la réévaluation de la douleur - information du patient placé en Précautions Complémentaires - l'exhaustivité et la qualité de la lettre de liaison), sur des fondamentaux de la pratique professionnelle (tenue, confidentialité, sécurité médicamenteuse) mais aussi l'organisation du parcours, la sortie des patients. Un suivi régulier est réalisé en réunions de cadres et COSTRA qualité. La démarche d'évaluation dans tous les cas doit être pérennisée dans les pôles du fait de l'introduction dans les contrats de progrès d'objectifs qualité et de suivi d'indicateurs de résultats tant transversaux que spécifiques des activités. La réflexion pour favoriser l'émergence d'un patient partenaire, par le développement de partage d'expérience, à ce jour, est en cours de développement. L'expérience patient est recueillie dans quelques secteurs d'activités : en cancérologie, dans le service de diabétologie (intérêt de la « boucle fermée » qui améliore la vie des patients, en chirurgie bariatrique) . Les refus d'admissions sont mesurés en réanimation sans mesure des réhospitalisations à 48 – 72h. L'USC n'a pas mis en place ce type de recueil. La check-list au bloc opératoire a fait l'objet d'évaluations (audits de complétude, audit observationnel). En cas de NO GO, un CREX est systématiquement organisé pour analyser la situation avec les acteurs concernés. La fréquence des audits est ajustée au regard des résultats. Les activités de prélèvements de tissus font l'objet d'un rapport annuel transmis à l'agence de biomédecine, présenté en CME. Les recommandations de l'agence n'ont à ce jour pas été pris en compte.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	97%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	95%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	58%
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	94%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	90%

Le Centre Hospitalier Simone Veil de Blois (CHSVB) est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Santé 41, situé au centre de l'axe ligérien Tours-Orléans. C'est un acteur pivot de la santé des habitants du Loir-et-Cher, ancré dans son territoire. Il comprend les disciplines MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), SSR, USLD et santé mentale, tant en hospitalisation complète qu'en ambulatoire, coordonnées

avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire et se positionne en établissement de proximité et de référence. Les coopérations sont en place avec les autres établissements adresseurs et receveurs, dans le cadre de filières actives et/ou en cours de développement qu'il en soit des filières du GHT ou hors GHT, et ce de façon privilégiée avec le CHU de Tours. En secteur de santé mentale, l'ES est inscrit dans le développement du projet territorial (PTSM), dont la déclinaison opérationnelle a démarré en Mars 2022. L'établissement a mis en œuvre une politique « d'aller-vers » des partenaires sous forme diverses. L'ES a développé les téléconsultations. Des consultations avancées sont proposées dans de nombreuses spécialités médicales et en chirurgie. Des télé staffs/téléexpertise sont organisés (troubles du comportement – soins palliatifs). Le système de télé AVC est en place depuis Mars 2023, permettant au service d'urgences ne disposant pas de l'expertise neuro-vasculaire d'échanger rapidement et efficacement avec des médecins d'une unité neuro-vasculaire (UNV). Le projet médico-soignant favorise le développement d'une offre de service organisée en parcours « ville/ hôpital ». Le développement de la CPTS est en cours ; le centre hospitalier en est partie prenante, permettant le recours à des avis spécialisés (tél, mail) et consultation-admissions en semi-urgence. Des plages d'urgences sont proposées en consultations au CHSVB. Par ailleurs, un centre de consultations non programmées de médecine générale a été ouvert, fruit de la collaboration au sein de la CPTS. Antérieurement, les contrats locaux de santé ont permis le développement d'actions conjointes entre le CHSVB et les partenaires des collectivités territoriales. Le parcours de santé du patient au sein de son territoire est organisé, au plus près de son lieu de vie, avec une attention portée à ses besoins et à ses choix. Des prises en charge spécifiques sont proposées (anorexie – centre d'injection de toxine botulique – suivi des Covid long). L'établissement a largement organisé la prise en charge des patients COVID, participant à la gestion des tensions hospitalières, avec adaptation des urgences – adaptation des capacités d'accueil. Cette période a été émaillée de nombreuses actions : réunions de cellule de crise - RETEX - nombreuses actions de communication - participation active à la campagne de vaccination. Les modalités de prise en charge au SAU permettent une orientation rapide vers les unités de soins. Une "cellule de gestion des lits numérique" permet d'améliorer la fluidité des parcours en urgence ou programmés. Des circuits courts par admission directe sont formalisés (urgences cardiaques – réanimation – soins palliatifs). Pour la prise en charge de personnes âgées, l'équipe mobile de gériatrie intervient à la demande du praticien dans tous les services de l'hôpital - y compris les urgences - pour apporter un avis spécialisé. L'unité de court séjour gériatrique offre une prise en soins pluridisciplinaire et globale dans l'objectif de favoriser un retour au lieu de vie habituel. Parmi les vecteurs de développement figurent l'ouverture sur la ville, les coopérations public/privé (RCP ...). Des outils numériques de coordination sont utilisés dans le cadre de la coordination des parcours. Les modalités de communication développées par l'établissement (Site internet dont les e-admissions pour les consultations – flyers) permettent aux usagers et aux médecins un contact aisé. La messagerie sécurisée permet un échange rapide d'information (résultats d'examen – PACS en imagerie...). Les numéros de téléphone directement vers les unités de soins sont communiqués au patient. La permanence est assurée. Les professionnels de nuit sont joignables aisément par les familles et les médecins. L'ES promeut la recherche clinique. L'engagement de l'ES est réalisé à deux niveaux : en interne avec l'unité de recherche clinique depuis 2019 (un médecin coordonnateur en recherche et deux ARC) ou dans le cadre de programmes extérieurs à l'établissement à l'échelle du GHT notamment, mais aussi de HUGO (Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest) en tant qu'établissement investigateur. Les publications des travaux collaboratifs sont présentés en CME. L'ES a identifié les centres de références des maladies rares en vue de potentiels partenariats pour les patients éligibles. L'ES souhaite développer la promotion interne afin que le CHSVB devienne promoteur de recherche médicale, paramédicale ou pédagogique. Des dispositifs de recueil de l'expression du patient sont en place : questionnaires de satisfaction, enquêtes ciblées ; en plus des enquêtes « e-Satis », boîtes à idées via QR code, réunions communautaires en psychiatrie. L'analyse en est trimestrielle, les résultats sont communiqués aux professionnels et présentés en CDU. Les démarches d'intégration de l'expérience patient sont initiées. L'établissement mobilise les actions d'expertise patient dans le cadre de la mise en œuvre d'éducation thérapeutique (diabétologie – cancérologie – pneumologie – troubles de l'humeur - schizophrénie). En

cancérologie, un patient expert est formé ; en diabétologie, la formation est en cours, envisagée en chirurgie bariatrique et pour l'insuffisance rénale. En psychiatrie, le soutien des patients de psychiatrie (pair aide – remédiation cognitive) est en place. Des formations à la communication avec le patient sont intégrées au plan de formation (communication thérapeutique, communication non violente, gestion de l'agressivité). L'engagement du patient est favorisé et la bientraitance fait partie des valeurs et des priorités de l'établissement (groupe de travail initié en 2023). Les professionnels sont formés et sensibilisés à la maltraitance dont la maltraitance ordinaire. A l'occasion de la journée mondiale de la lutte contre la maltraitance, l'ES a invité les professionnels à échanger sur cette problématique à l'appui d'un flyer et d'un QUIZZ. La prévention des violences intrafamiliales a fait l'objet de formation en 2022 à la faveur d'un meilleur repérage. Les enfants nécessitant des soins d'urgence traumatologique pris en charge aux urgences générales bénéficient d'une prise en charge adaptée avec identification des risques de maltraitance. Les procédures en lien avec la police-justice, permettant notamment la gestion des situations de violence, sont formalisées. Les professionnels connaissent l'existence de l'unité médico-judiciaire (UMJ) et de l'unité d'accueil pédiatrique enfant en danger (UAPED). L'établissement organise des formations à la prévention à la violence et à l'agressivité à l'hôpital. L'expression quotidienne des patients vulnérables est favorisée en développant une écoute active, à la faveur de la détection des situations et actes de maltraitance et leur potentiel signalement. Les professionnels de nuit sont sensibilisés à la bientraitance. Ils proposent un accompagnement des familles la nuit et offrent la possibilité à un accompagnant de pouvoir dormir sur place si nécessaire. Ils ont en permanence la possibilité de joindre un administrateur de garde ou un médecin. L'ES assure l'accessibilité de ses locaux aux patients atteints de handicap (moteur – visuel – auditif – mental). En dehors de l'accompagnement par une assistante sociale, les personnes vulnérables peuvent avoir recours à la Permanence d'Accueil aux Soins de Santé (PASS) du Centre hospitalier. Celle-ci permet une orientation ou un accompagnement vers les réseaux de ville afin d'assurer la continuité de prise en charge. Une liste d'interprètes est disponible pour limiter les difficultés liées à la barrière de la langue. L'accès du patient à son dossier est possible dans les délais requis. Les représentants des usagers sont associés aux projets d'amélioration de la qualité. Leur implication est largement favorisée par la direction dans la vie de l'établissement, dans le cadre de la CDU et autres instances. Le projet des usagers, articulé avec le projet de prise en charge n'est pas formalisé. Cependant, les usagers ont largement participé à l'élaboration du projet d'établissement, permettant de veiller au respect des droits des usagers. En matière de leadership, la gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain. Le comité stratégique qualité impulse une démarche participative (qui associe tous les processus, soins, logistiques et techniques) avec un accompagnement de la cellule qualité. La reconfiguration des pôles, associée à l'élaboration de contrats de progrès, permet de relayer les actions par des collaborateurs réunis de façon régulière (Bureau de pôle - conseil de pôle), et/ou impliqués dans les commissions et comités ou groupes de travail. Les pôles définissent leurs objectifs Qualité-Gestion des risques déclinés en actions assorties de leur suivi et de la mise en place d'indicateurs de résultats. Pour ce faire, l'établissement enrichit la cartographie des risques de chaque pôle. Les instances (CME, CSIRMT et CDU) sont considérées comme un moyen de levier. Différents correspondants (hygiène, qualité, nutrition, douleur, hémovigilance....) participent du développement de la démarche qualité de l'ES. L'établissement a évalué sa culture sécurité en Septembre 2023 par le biais d'un questionnaire individuel d'opinion sur la perception de la sécurité des soins. Antérieurement, un passeport qualité a permis aux professionnels de s'autoévaluer et de soutenir et valoriser l'engagement individuel de chacun au quotidien, La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et sécurité de la prise en charge. Les organisations sont flexibles et adaptées aux besoins de fonctionnement des organisations, dans un délai de prévenance raisonnable et le respect des compétences. En cas d'absentéisme, des dispositifs adaptés sont activés et connus des professionnels (plateforme de gestion des remplacements internes – auto remplacement dans une approche donnant-donnant – appel rare à l'intérim). Un interlocuteur cadre est présent le jour (cadre de l'unité), la nuit et le WE. Les professionnels nouveaux bénéficient d'un parcours d'intégration. L'entretien professionnel réalisé pour tous les professionnels annuellement permet d'inscrire les formations au plan de développement des compétences. Une politique

active de formation permet de faire face aux besoins; Les formations professionnelles (Cadres - etc...) sont inscrites au plan de formation, permettant une certaine fidélisation des professionnels. La formation IDE en pratique avancée (IPA) témoigne de l'engagement de l'établissement vers de nouveaux métiers. Afin de permettre l'évolution des salariés vers une progression professionnelle, des formations adaptées sont proposées. Une formation des trinômes de pôles est envisagée pour les accompagner dans leurs missions, de même qu'au président de CME. L'analyse des pratiques managériales des cadres de santé se fait au sein du pôle et/ou du bureau. Des démarches collectives de travail en équipe sont développées (prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire dans les unités de soins, intégrant tous les métiers). Des démarches spécifiques en équipe type certification ISO 9001 sont engagées pour huit secteurs de l'établissement. Les professionnels de jour et de nuit disposent de soutien et d'écoute lorsque cela est nécessaire auprès du personnel d'encadrement (N+1 – N+2). Des groupes de paroles peuvent être initiés par la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) ou la psychologue du travail chaque fois que nécessaire. Certains professionnels peuvent bénéficier d'une supervision (soins palliatifs). Les managers peuvent bénéficier d'actions de soutien ou de coaching externe. Il peut être individuel ou collectif, en fonction des problématiques identifiées. Si les professionnels citent l'EMSP comme ressource au questionnaire éthique auquel ils peuvent être confronté, la réflexion éthique n'est pas structurée au sein de l'établissement. Les questionnements éthiques ne sont pas partagés au sein d'un cadre institutionnel opérationnel, ne permettant pas de réaliser un état des lieux. La politique QVT est initiée depuis plusieurs années (accord local Novembre 2016). Un bilan intermédiaire a été réalisé en 2018. De nombreuses actions sont déclinées au sein de l'établissement en la matière. Le projet social inscrit la QVT comme une priorité. Elle est abordée sous différentes formes : relations au travail/climat social – employabilité – santé au travail. Les instances représentatives du personnel y sont associées. Certains professionnels sont affectés sur des postes de maintien à l'emploi. Un conseil sur une potentielle évolution professionnelle à type de reconversion est accessible aux professionnels concernés. Les professionnels peuvent bénéficier de prestations à type de "bulle de détente" (barbecue - activités sportives) leur permettant de prendre de la distance avec leur exercice quotidien dans le sens d'un mieux-être au travail et d'une facilitation à l'exercer (covoiturage – crèche). La conciergerie d'entreprise est citée comme un des projets phare en terme de QVT, permettant de mieux concilier vie professionnelle et vie privée. Le projet Culture et Santé développé sur le CHSVB participe de la QVT dans une démarche associant Art - Humanité et Soins. L'établissement dispose d'une réponse opérationnelle adaptée aux risques auxquels il peut être confronté. La crise liée au COVID montre une gestion très opérationnelle des tensions hospitalières. Le plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles est réactualisé régulièrement. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de risque numérique. Une procédure est déclinée en cas de panne du dossier patient informatisé et connue par les professionnels. En matière de prévention des biens et des personnes, les situations à risque sont répertoriées. La sécurisation des locaux et des personnes repose sur la mise en place de digicode et/ou une vigilance sur la fermeture des portes. L'ES déploie une démarche de responsabilité sociétale afin de répondre aux enjeux de développement durable (présence de correspondants développement durable par secteur d'activités – journées de sensibilisation - valorisation des déchets – économie d'énergie). Il n'y a pas de référent nommément désigné sur cette démarche. La prise en charge des urgences vitales est structurée, autour d'une procédure actualisée et connue des équipes, d'un plan de formation, et de matériel uniformisé. Le numéro dédié d'appel en cas d'urgence est le 15 ; exceptionnellement un autre numéro a été cité. Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU 41) réalise un grand nombre d'actions de formations par an, au bénéfice notamment des professionnels du CHSVB. Le point sur la formation est échangé lors des entretiens annuels d'évaluation. Le CESU 41 dispose d'un matériel pédagogique performant avec des espaces de simulation équipés où sont réalisées des formations en simulation. Peu d'exercices de mise en situation sont réalisés in situ. L'établissement s'est impliqué dans le développement d'une amélioration continue de la qualité des soins. La démarche est coordonnée par la gouvernance et la CME à travers diverses instances dont le comité stratégique qualité et gestion des risques, réunions et/ou groupe d'analyse, où sont référencées les bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles. Elle

intègre la contribution des usagers. Les résultats des enquêtes de satisfaction, les observations des RU et des professionnels, les résultats des audits Patients Traceurs, l'analyse des EIAS sont pris en compte. Les IQSS sont analysés, exploités au niveau de l'établissement et diffusés dans les services. Des objectifs d'amélioration des soins sont définis à partir de toutes ces observations et sont intégrés dans le PAQSS, priorités ayant été données aux différents axes en lien avec les critères impératifs de la certification. Une feuille de route aux objectifs ambitieux a été élaborée. Ces objectifs sont déclinés dans les contrats de progrès avec suivi d'indicateurs (indicateurs génériques et spécifiques des activités du pôle. L'ES s'efforce d'améliorer l'organisation en aval des urgences. Un plan de mobilisation est activé en période de tension pour améliorer la disponibilité des lits d'aval. Une "commission des séjours longs" statue sur les causes des « Bed-Blocker » à la recherche de solutions. En l'absence de campagne de sensibilisation des médecins au programme d'accréditation au sein de l'ES, seuls deux praticiens hospitaliers (médecins anesthésistes) sont accrédités individuellement, à ce jour. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Sécuriser le stockage du médicament à risque dans l'ensemble de l'établissement et établir des listes de médicaments à risque propres à chaque unité ; Revoir et mettre en application la procédure de contention physique passive ; Mettre en place la cellule éthique et formaliser le questionnement éthique.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	410000087	CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS	Mail pierre charlot 41016 Blois FRANCE
Établissement géographique	410004410	CH DE BLOIS - USLD CENTRE DE GERONTOLOGIE USLD	Mail pierre charlot 41016 Blois FRANCE
Établissement principal	410000020	CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS	Mail pierre charlot Direction générale 41016 Blois FRANCE

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

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
2	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale	
3	Traceur ciblé			antibioprophylaxie
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Adulte Ambulatoire Médecine	
7	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	

8	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
9	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
10	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
11	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
12	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	

13	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
14	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
15	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
16	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
17	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p>	

18	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
19	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
20	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
21	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
22	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	

23	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
24	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
25	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Maternité</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
26	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	

27	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
28	Traceur ciblé			PSC
29	Traceur ciblé			EIG
30	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
31	Traceur ciblé			per opératoire
32	Traceur ciblé			PSC
33	Traceur ciblé			PSC
34	Traceur ciblé			chimiothérapie
35	Traceur ciblé			EIG
36	Traceur ciblé			Antibiotique injectable : de la prescription à l'administration
37	Traceur ciblé			PSL
38	Audit système			
39	Audit système			

40	Audit système			
41	Traceur ciblé			transport : chambre > plateau de rééducation > chambre
42	Audit système			
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Audit système			
46	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Chirurgie et interventionnel</p>	
47	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins de longue durée</p> <p>Médecine</p>	
48	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
49	Audit système			
	Audit			

50	systeme			
51	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
52	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Urgences</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Médecine</p>	
53	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Psychiatrie et santé mentale</p>	
54	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable : de la prescription à l'administration
55	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p> <p>Médecine</p>	
56	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Médecine	
57	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Soins Médicaux et de Réadaptation	
58	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Médecine	
59	Traceur ciblé			accueil non programmé
60	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Ambulatoire Médecine Chirurgie et interventionnel	
61	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Urgences	

62			<p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient âgé</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p> <p>Médecine</p>	
63	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins Médicaux et de Réadaptation</p>	
64	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	
65	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>SAMU-SMUR</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Soins critiques</p>	
66	Traceur ciblé			endoscope
67	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Programmé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Adulte</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Médecine</p>	

68	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Médecine	
69	Traceur ciblé			transport : chambre > imagerie > chambre
70	Audit système			
71	Audit système			
72	Traceur ciblé			Médicament à risque per os : de la prescription à l'administration
73	Audit système			
74	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
75	Audit système			
76	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	

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

