



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DE
POITIERS**

Direction qualité AGORA
2 rue de la milettrie bp 577
86021 Poitiers



Validé par la HAS en Janvier 2026

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 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	8
Les évaluations réalisées pendant la visite	9
La décision	10
Les résultats	11
Les résultats des critères impératifs et avancés	12
Chapitre 1 : Le patient	15
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	15
Synthèse du chapitre 1	16
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	19
Objectif 1.2 : L'information du patient	20
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	21
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	23
Chapitre 2 : Les équipes de soins	24
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	24
Synthèse du chapitre 2	25
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	29
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	31
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	33
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	35
Chapitre 3 : L'établissement	37
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	37
Synthèse du chapitre 3	38
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	43
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	44
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	46
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	47

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

Présentation

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE POITIERS	
Adresse	Direction qualité AGORA 2 rue de la miletrie bp 577 86021 Poitiers Cedex FRANCE
Département / Région	Vienne / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Public
Type d'établissement	CHU / CHR

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	860014208	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS	2 RUE DE LA MILETRIE 86021 POITIERS CEDEX FRANCE
Établissement géographique	860000058	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE DE MONTMORILLON	2 rue henri dunant Bp 65 86501 Montmorillon FRANCE
Établissement géographique	860000033	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE LOUDUN	3 rue des visitandines 86206 Loudun FRANCE
Établissement géographique	860000025	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE - SITE DE CHATELLERAULT	1 rue du docteur luc montagnier Rocade est- bp 669 86106 Chatellerault CEDEX FRANCE
Établissement géographique	860012483	CDAG4 - CENTRE DE DEPISTAGE	2 rue henri dunant 86500 MONTMORILLON FRANCE

Établissement géographique	860011014	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE DE LUSIGNAN	29 rue de chypre 86600 Lusignan FRANCE
Établissement géographique	860010552	CDAG1 - CENTRE DE DEPISTAGE	2 allée jean monnet 86000 Poitiers FRANCE
Établissement géographique	860010545	CDAG3 - CENTRE DE DEPISTAGE	14 rue du mouton 86000 Poitiers FRANCE
Établissement géographique	860010537	CDAG2 - CENTRE DE DEPISTAGE	2 avenue de la miletrie 86021 Poitiers FRANCE
Établissement géographique	860789585	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE LOUDUN - SLD	3 rue des visitandines 86200 Loudun FRANCE
Établissement géographique	860785682	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE CHATELLERAULT - SLD	Le Village, 1 rue du Docteur Luc Montagnier 86100 Châtellerault FRANCE
Établissement géographique	860785559	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE MONTMORILLON - SLD	2 rue henri dunant 86500 Montmorillon FRANCE
Établissement géographique	860785542	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE MILETRIE - SLD	2 rue de la miletrie 86021 Poitiers FRANCE
		CENTRE	29 rue de chypre

Établissement géographique	860000041	HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE DE LUSIGNAN - SLD	86600 Lusignan FRANCE
Établissement principal	860000223	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE POITIERS - SITE MILETRIE	Direction qualité AGORA 2 rue de la miletrie bp 577 86021 Poitiers Cedex FRANCE

Les critères évalués

Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :

Secteur d'activité
 Chirurgie et interventionnel
 Maternité
 Radiothérapie
 SAMU-SMUR
 Soins critiques
 Soins de longue durée
 Soins Médicaux et de Réadaptation
 Urgences

Mode de prise en charge
 Hospitalisation à domicile

Population
 Enfants et adolescents
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **29** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **17** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **40** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 3 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 9 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 13 acte(s) interventionnel(s)
- 5 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 2 transfusion(s) sanguine(s)
- 3 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 5 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **23** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

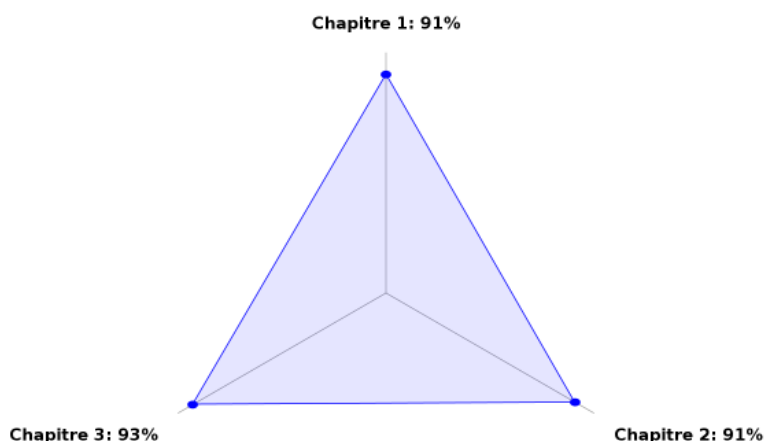
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	91%
Chapitre 2	Les équipes de soins	91%
Chapitre 3	L'établissement	93%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

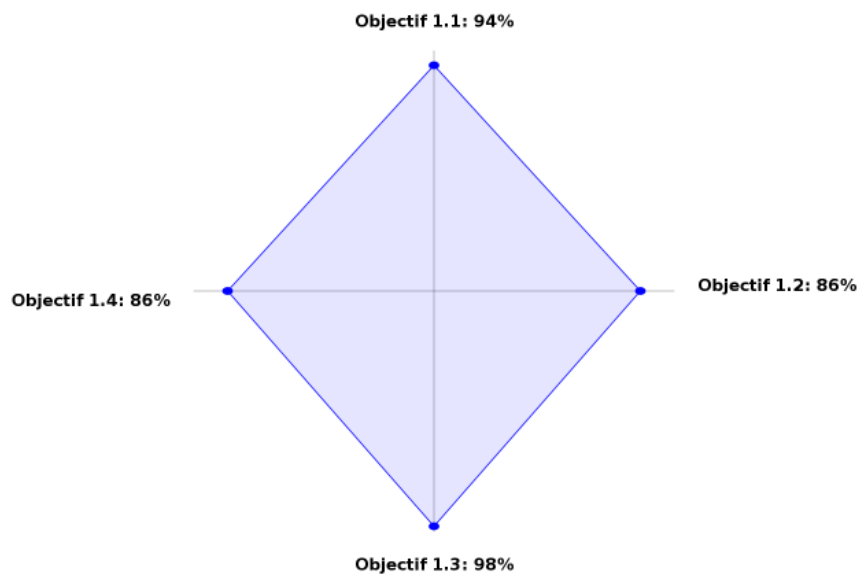
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	99%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	99%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	98%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	93%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	88%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	98%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	98%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	98%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	87%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	98%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	92%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	60%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	50%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	60%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	83%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **91%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	94%
1.2	L'information du patient	86%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	86%

Synthèse du chapitre 1

Au CHU de Poitiers, les droits du patient sont respectés. Les patients soulignent que les pratiques de l'ensemble des professionnels garantissent le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité. Il est traité avec égard et bientraitance. Les établissements sont accessibles aux personnes en situation de handicap. Toutefois, dans certains secteurs (en neurochirurgie et en hépato gastroentérologie à Poitiers et au SMR de Loudun), les chambres ne disposent pas de douche et le nombre de douches disponibles au vu du nombre de lits, ne permet pas le respect total de l'intimité et dignité du patient et certaines ne sont pas toujours accessibles aux personnes à mobilité réduite (PMR). Depuis 2020, l'établissement a engagé une rénovation de l'ensemble des ailes de la tour Jean Bernard sur le site de Poitiers.

Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté dans les secteurs de sa prise en charge, tout comme dans le service d'accueil des urgences pédiatriques. La présence des parents est possible 24h/24. L'accueil des parents est organisé avec la possibilité de dormir sur place ou à la maison de parents selon leurs souhaits et la durée d'hospitalisation de l'enfant. Des salles de jeux sont disponibles avec l'intervention d'une éducatrice de jeunes enfants. La scolarité de l'enfant est suivie lors des hospitalisations longues. En chirurgie, l'accompagnement simultané des deux parents est possible jusqu'en salle de pré anesthésie, ainsi qu'en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI). Sur le site de Chatellerault, une structure particulière « Handimed 86 » accueille les enfants et adultes handicapés en échec de soins en milieu ordinaire (prise en charge médicale, dentaire...).

Les professionnels s'attachent à aborder les directives anticipées auprès des patients accueillis ; elles sont mentionnées dans le livret d'accueil, une affiche d'information est présente dans chaque chambre et dans les zones d'attente sur l'ensemble des sites. Toutefois, certains patients ne sont pas informés de la possibilité de les rédiger. Une Cellule d'Information et de Recueil des Directives Anticipées (CIRDA) a été mise en place en 2022 au CHU de Poitiers permettant de sensibiliser et d'informer les usagers et les professionnels aux directives anticipées. Des ateliers sont organisés avec entre autres la possibilité d'accompagnement à la rédaction.

La gestion de la douleur du patient est anticipée par une évaluation chiffrée et tracée dans le dossier patient. Celle-ci fait l'objet d'une attention particulière soulignée par les patients rencontrés et d'une réactivité des équipes en collaboration avec le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). La réévaluation de la douleur, également tracée, permet une adaptation de la thérapeutique. Plusieurs alternatives non médicamenteuses sont également proposées au patient par les professionnels formés (hypnose conversationnelle, sophrologie, aromathérapie, masque de réalité virtuelle,...).

Les patients témoignent de la bienveillance des professionnels, de leur disponibilité tout au long de leur parcours. Leur autonomie et leurs besoins élémentaires sont pris en compte quelque soit la surcharge d'activité. Un livret bientraitance « Un engagement personnel et collectif » réalisé par un groupe de travail pluridisciplinaire multisites, validé par le copil bientraitance du CHU de Poitiers en mai 2024, est accessible à tous dans la gestion documentaire interne. Il promeut de manière très concrète les bonnes pratiques et la prévention des dérives professionnelles. Les cas de maltraitements externes sont identifiés, plus particulièrement auprès des personnes vulnérables. Une conduite à tenir est formalisée avec des outils de repérage mis à disposition des professionnels. Un fascicule de sensibilisation et

d'information sur les modalités de déclaration des situations de maltraitance a été réalisé à destination des patients et des proches. Les équipes sont très attentives à la prise en charge de l'entourage en cas de décès. La dignité et les volontés/convictions du défunt et de son entourage sont respectés

Dès la consultation, le patient reçoit les informations complètes sur son séjour. Aux urgences, les délais de prise en charge sont communiqués au patient, sauf sur le site de Châtellerauld où le projet de mise en place d'un écran d'informations est prévu fin 2025. Il est informé sur l'ensemble de sa prise en charge et connaît les règles de bonne identification. Bien qu'un livret d'accueil soit accessible au patient (site internet du CHU, QR code disponible par affichage, format papier), certains patients rencontrés n'ont pas connaissance de ce livret d'accueil. De même, tous les patients rencontrés ne connaissent pas l'existence et les modalités d'alimentation du Dossier Médicale Partagé (DMP), l'existence des Représentants des Usagers (RU) et de leurs missions.

En prévision de la sortie, le patient reçoit toutes les informations utiles à la suite de sa prise en charge (traitement, consignes, coordonnées d'appel en cas d'urgence, lettre de liaison remise à la sortie, rendez-vous et conseils pour soutien psychologique et social).

Le consentement du patient aux soins et sa participation aux étapes de sa prise en charge sont recherchées pour faciliter la mise en œuvre du projet de soins, tracé dans le dossier. La personne de confiance, dont le rôle est connu par le patient, est recueillie dès l'entrée et tracée dans le dossier, avec cosignature de la personne désignée. Toutefois, certains patients rencontrés ne connaissent pas précisément le rôle de la personne de confiance.

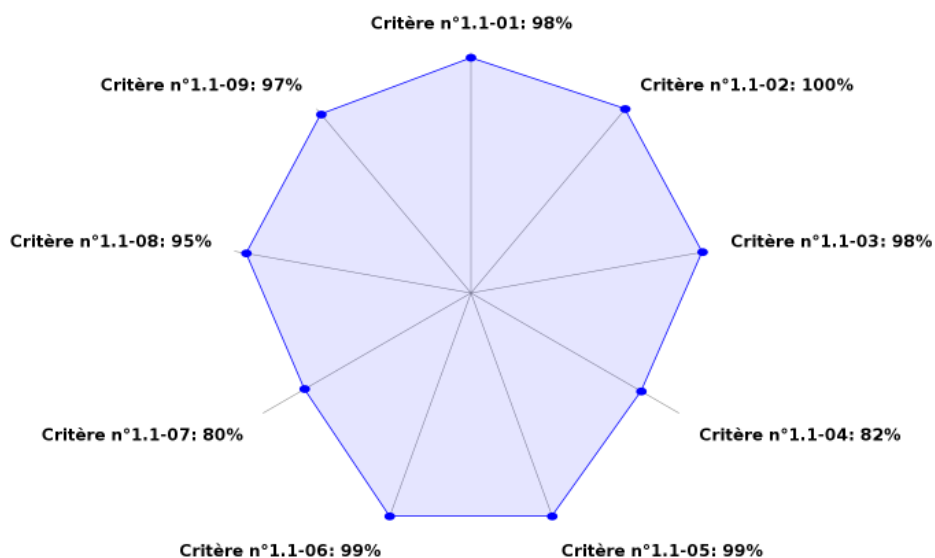
Pour les patients en situation de précarité, les équipes associent l'assistante sociale en cours de séjour mais également lors de l'organisation de la sortie. Des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) sont en place sur les sites de Châtellerauld, Loudun, Montmorillon et Poitiers. Elles assurent la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de précarité et garantissent l'accès aux soins d'un public vulnérable et sujet au renoncement aux soins. Afin de préserver au mieux l'autonomie du patient âgé, la dépendance iatrogène est une préoccupation constante des équipes sur l'ensemble des unités de soins, le recours aux équipes de gériatres permet de compléter le repérage des risques et leurs prises en compte dans le projet de soins. La prise en charge holistique du patient en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) est à souligner ; le lien social est préservé, avec la mise en place d'ateliers quotidiens d'animations, la présence des proches est facilitée.

Des messages de santé publique (vaccination, maltraitance, numéro national de prévention du suicide, don d'organe et de tissus...) et de prévention primaire (tabac, alcool, autres drogues, activité physique, nutrition, hygiène, sexualité, dépistages...) adaptés sont disponibles dans la majorité des services. Par ailleurs, le CHU participe à des actions de prévention, de dépistage et de diagnostic dans différentes spécialités. Il mène une politique en matière d'éducation à la santé notamment par le biais de son service innovant de santé publique. En effet, le CHU met à disposition, sur le site de la Milétrie, une maison « La vie la santé ». Une soixantaine d'ateliers, dédiés à la santé dans toutes ses dimensions, sont proposés aux adultes, enfants dont le souhait est de préserver leur santé et de vivre mieux au quotidien. Une équipe pluridisciplinaire (diététicienne, psychologue, assistante sociale, médecins, infirmières, sage-femme,...) y proposent des ateliers collectifs : activité physique adaptée, cosmétiques, alimentation, expression artistique, détente... Le CHU dispose également de lieux « espaces des usagers » qui permettent de délivrer des messages de santé publique au patient et ou proches.

L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement est recherchée. Toutefois, les patients rencontrés ne savent pas systématiquement qu'ils peuvent exprimer leur satisfaction ou expérience durant ou après leur séjour, qu'un médiateur est disponible en cas de situations difficiles en matière de communication entre eux et les équipes, qu'ils peuvent porter réclamation ou signaler un évènement indésirable associé aux soins. L'établissement et les RU incitent les patients à participer aux diverses enquêtes internes et nationales. Le taux de retour est suivi et des axes d'amélioration partagés avec les équipes sont mis en œuvre. Un Copil Expérience patient a été créé en septembre 2024 pour déployer l'orientation stratégique 6 du Projet d'Etablissement 2024-2028 « Intégrer et mobiliser l'expérience patient tout au long de son parcours de soins et de vie ». Les objectifs ciblés ont permis de mettre en œuvre des actions diverses au service de l'implication des patients dans leur prise en charge et de l'amélioration du système de santé (Label des Usagers, utilisation de PROMs, implication des patients dans les instances et comités, dans les projets de transversaux et architecturaux...). L'intervention et la participation des patients partenaires sont en cours de déploiement pour adapter et enrichir les chemins cliniques dans les parcours de soins. Les Représentants des Usagers et les Associations sont très impliqués dans la vie de l'établissement et sont intégrés dans chacun des pôles du CHU. Ils contribuent activement aux projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients et proches.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

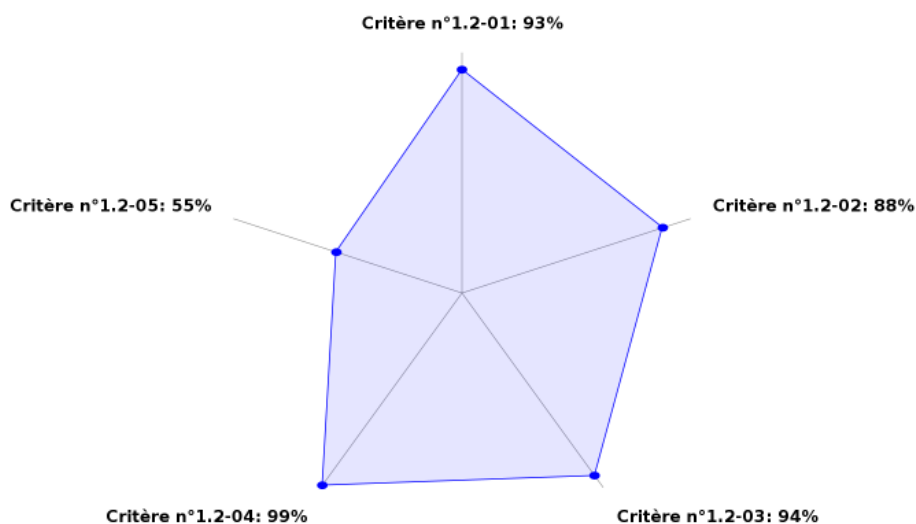
Score de l'objectif **94%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	98%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	98%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	82%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	99%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	99%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	80%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	95%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	97%

Objectif 1.2 : L'information du patient

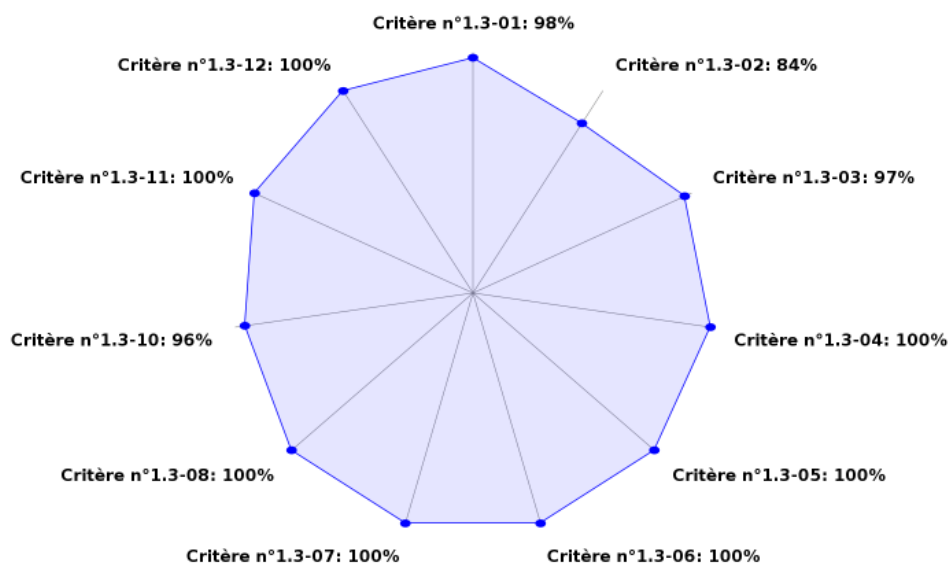
Score de l'objectif **86%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	93%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	88%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	94%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	99%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	55%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

Score de l'objectif **98%**

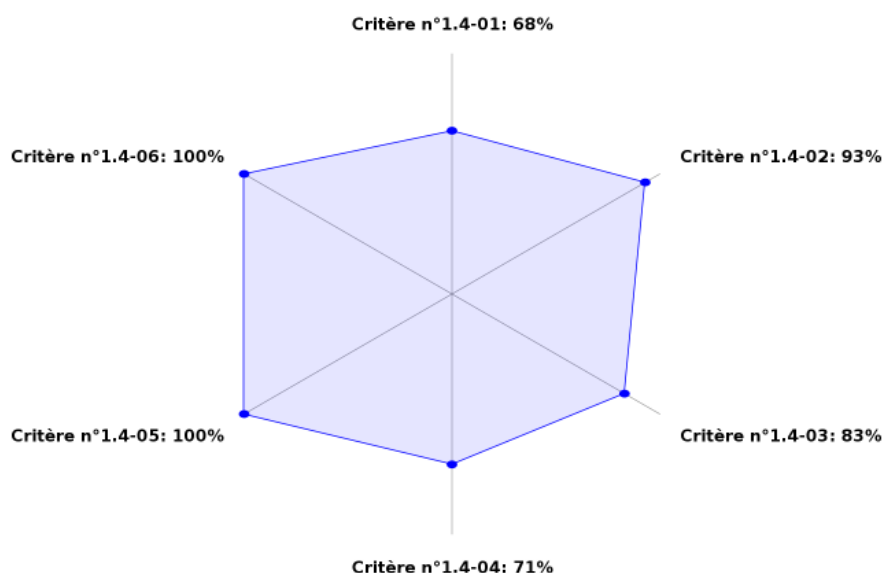


Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	98%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	84%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	97%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-08	En soins de longue durée, le patient bénéficie d'activités lui permettant de maintenir son autonomie et son lien social	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	96%
	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de	

1.3-11	soins	100%
1.3-12	Le patient et ses proches et/ou aidants adhèrent aux modalités spécifiques de prise en charge en HAD	100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **86%**

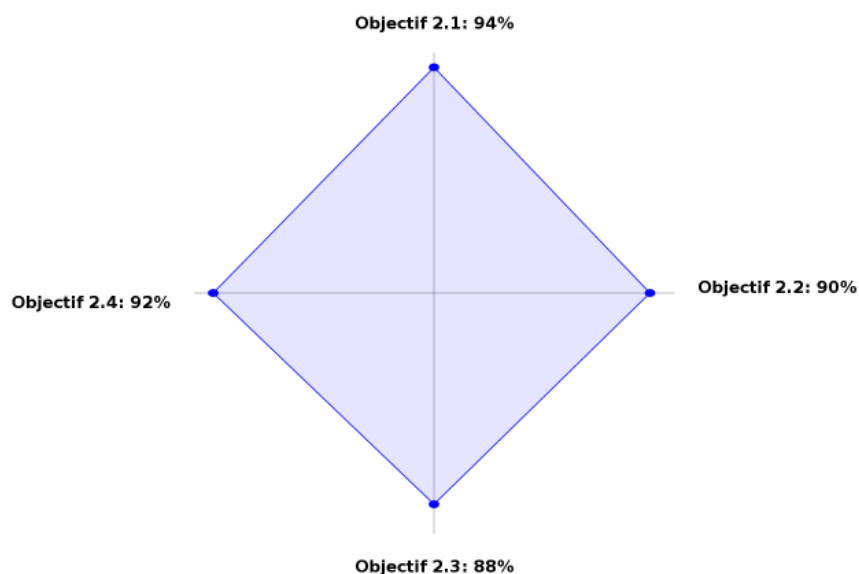


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	68%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	93%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	83%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	71%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **91%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	94%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	90%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	88%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	92%

Synthèse du chapitre 2

La coordination des professionnels et des équipes garantit la qualité et la sécurité des soins tout au long du parcours patient, depuis le secteur de consultations, puis d'hospitalisation jusqu'aux interfaces avec le parcours de santé et de vie du patient. Elle est optimisée par la cohésion d'équipe et le travail multidisciplinaire notamment pour les prises en charge en ambulatoire ou en Hospitalisation à domicile (HAD). Des staffs quotidiens et ou hebdomadaires ainsi que des temps de concertation pluridisciplinaires dans l'ensemble des secteurs permettent de répondre au mieux aux besoins du patient. En cas de besoin, des experts ou spécialistes peuvent être sollicités (EMSP, gériatres, équipe opérationnelle d'hygiène, infectiologue, addictologue, ...).

La conciliation médicamenteuse est déployée dans les secteurs les plus à risques, mais elle n'est pas réalisée sur les sites de Châtelleraut et Loudun, dans l'attente de l'arrivée d'un pharmacien en novembre prochain.

La démarche palliative est structurée de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Une organisation partagée et connue par l'ensemble des équipes rencontrées, permet d'avoir recours aux équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) : une EMSP interne au CHU depuis 2003, recours sur les sites du CHU de Poitiers et une EMSP pour le site de Châtelleraut, une EMSP au sein du territoire (département de la Vienne), une EMSP pédiatrique « Colibri », ressource régionale. L'équipe du CHU de Poitiers est sollicitée pour accompagner les patients et proches. Elle peut apporter un soutien aux professionnels ; l'EMSP assure également les formations des professionnels (paramédicaux, internes, médecins). Dans les situations particulières (neurologie, réanimation, dialyse, oncologie...) des rencontres pluridisciplinaires sont mises en place en particulier sur les parcours de pathologies chroniques. Des consultations sont organisées au stade précoce des soins palliatifs. De nombreuses autres actions sont menées : mise à jour de protocoles de soins pour les personnes en fin de vie, projet de recherche sur les soins de bouche et aromathérapie, Retex et échanges de pratiques avec les équipes, participation aux staffs de secteurs en cas de besoin en particulier en cas de LATA.

Le Comité de Liaison d'alimentation et nutrition (CLAN) promeut et diffuse les recommandations nutritionnelles nationales et collabore étroitement avec les diététiciennes qui adaptent l'alimentation selon les besoins spécifiques et le projet de soins de chaque patient.

Les professionnels s'attachent à maîtriser les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identitovigilance sont connues des professionnels. Les prescriptions médicamenteuses, réalisées par des professionnels habilités, sont conformes et exhaustives. Néanmoins, il a été constaté en cours de visite, que certaines prescriptions d'antalgiques en si besoin ne comportaient pas de précisions d'échelle (valeur seuil). Le CLUD a identifié cet écart et des pistes d'amélioration sont déployées (sensibilisation des prescripteurs en CME, audits internes). Les audits internes réalisés en USLD de Châtelleraut et de Loudun ont eu un impact positif sur la conformité de ces prescriptions d'antalgiques, observée lors de la visite par les experts visiteurs. L'établissement a en projet de déployer ces audits sur l'ensemble des sites. Des actions de sensibilisation sont menées auprès des prescripteurs dont des interventions en CME et des sensibilisations des pharmaciens référents au sein des services. L'administration médicamenteuse, réalisée par des professionnels habilités, respectent les bonnes pratiques. Néanmoins, sur le site de Châtelleraut, en cas d'autogestion de la prise médicamenteuse,

celle-ci n'est pas tracée, que ce soit par le médecin lors de sa prescription ou par l'infirmier(e) lors de l'étape d'administration. Cette traçabilité était possible sur l'ancien dossier informatisé (case spécifique), mais moins facilitée avec le logiciel qui vient d'être déployé en juin 2025. . Les situations à risque sont identifiées et font l'objet de précautions particulières. Les professionnels sont formés à la prévention du risque médicamenteux. Une liste des médicaments à risques est affichée par service et connue des professionnels. Le circuit des préparations de chimiothérapie en atmosphère contrôlée est maîtrisé. Des actions de vigilances ou correctives sont mises en place pour sécuriser le circuit.

Les précautions standard d'hygiène sont appliquées, de rares professionnels portent des bijoux ou montres. Selon les résultats de consommation de Solution Hydro Alcoolique (SHA) et d'audits internes, les équipes améliorent leurs pratiques avec le soutien de l'équipe opérationnelle d'hygiène. La pose et l'entretien des dispositifs invasifs (abords vasculaires, drainage urinaire et ventilation assistée) sont réalisés selon les bonnes pratiques formalisées. Toutefois, la traçabilité dans le dossier patient de la date de pose n'est pas réalisée systématiquement de même que la réévaluation de la pertinence du maintien du dispositif (cathéter). Le taux d'infection de ces dispositifs invasifs, assurée par l'équipe opérationnelle d'hygiène, est connu des professionnels.

Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine ; les bonnes pratiques et la sécurité transfusionnelles sont effectives (information du patient, analyse bénéfice risque notamment la nuit, stratégie d'épargne sanguine, suivi d'indicateurs comme le taux de destruction...). La sensibilisation des professionnels aux bonnes pratiques transfusionnelles est assurée en interne par l'IDE et le médecin référent hémovigilance au sein des services. D'autre part, le plan de formation continue 2025 intègre une formation sur les bonnes pratiques transfusionnelles.

En cas d'urgence vitale, les professionnels connaissent le numéro d'appel unique et dédié pour joindre directement un médecin habilité 24/24. Les chariots et sacs d'urgence sont en nombre adapté, contrôlés avec une traçabilité à jour. Un registre d'utilisation est le plus souvent complété. Les exercices de mise en situation ne sont pas réalisés dans la majorité des secteurs visités. Le CHU de Poitiers souhaite renforcer le déploiement de la simulation in situ via un portage institutionnel. Des personnes ressources, formées à la simulation et au débriefing en santé exerçant au sein de l'établissement assureront en lien avec le CESU et la faculté de médecine les exercices de simulation (validation du projet prévue en fin octobre 2025).

Les équipes de soins se coordonnent et mettent en place des protocoles de prise en charge spécifiques dans les secteurs à risques majeurs exposés à des situations complexes. Les professionnels du SAMU formés à la régulation, appliquent les protocoles de gestion des appels qui sont enregistrés et tracés au sein de l'unité. L'orientation du patient est organisée avec recours aux filières d'admission directes si besoin. Les organisations sont formalisées et connues. Les évaluations de pratiques sont régulières notamment au travers des écoutes d'enregistrements d'appels pour l'ensemble des fonctions (ARM, IDE/médecins, médecins régulateurs...) et suite à des Retex et ou Crex... Des médecins sont formés au Débriefing : des réunions sont organisées pour les équipes lors de situations complexes. Les dossiers pré hospitaliers SMUR tracent les données de manière exhaustive. Des indicateurs de prise en charge sont suivis par les équipes SMUR de Poitiers et Châtelleraut, mais non identifiés et analysés sur le SMUR de Montmorillon.

La maîtrise de la prise en charge anesthésique des patients est à souligner. Le dossier anesthésique

est complet et exhaustif quant aux risques et au choix de l'anesthésie, avec une traçabilité de la consultation et la visite pré anesthésique. La sortie de SSPI est sous condition du score validé médicalement.

Les professionnels des secteurs interventionnels maîtrisent les risques et notamment les risques infectieux ; ils respectent les bonnes pratiques en matière d'hygiène, les étapes de la préparation de l'opéré et la mise en œuvre de l'antibioprophylaxie. La coordination entre les professionnels optimise la sécurisation de la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Un passeport est remis au patient l'informant sur le parcours pré, péri et post opératoire. L'éligibilité à l'ambulatoire est tracée dans le dossier. Le score de Chung conditionne la sortie du patient. Un appel ou SMS pour le suivi du patient est réalisé le lendemain après sa sortie du patient. Une check-list est systématiquement complétée au bloc et dans la quasi-totalité des secteurs interventionnels conformément aux bonnes pratiques ; elle n'est pas réalisée en imagerie interventionnelle dans les situations d'urgence. Suite à ce constat, l'ES a mis en place en cours de visite une check list adaptée dont les modalités d'utilisation sont consignées dans une charte de fonctionnement. Les modalités de la réalisation de la check-list sont évaluées, les NO GO sont suivis et analysés, permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Dans le centre de traitement interventionnel en endoscopie (CETI), le risque infectieux lié aux circuits des endoscopes est maîtrisé par les professionnels.

Pour prévenir les risques obstétricaux, les professionnels disposent de toutes les données du suivi interne et externe de la patiente, même lors des transferts en urgence. Toutefois, même si les procédures de prise en charge sont connues des professionnels, en particulier en cas d'urgence vitale pour hémorragie du post partum, l'équipe de la salle de naissance ne suit pas de formation à l'interprétation du rythme cardiaque fœtal, ni aux manœuvres obstétricales. Seuls les internes et les docteurs juniors bénéficient d'une formation académique réalisée par les médecins du service. Egalement, même si les professionnels connaissent les procédures de prise en charge du nouveau-né en secteurs de naissance et de maternité (réanimation néonatale, infection néonatale...), les professionnels de ces secteurs ne suivent pas de formation par simulation à la prise en charge du nouveau-né. Un projet de mise en œuvre de ces formations est en cours avec le CESU et l'école de sage-femme avant la fin de cette année. Le clampage retardé du cordon ombilical et la mise en peau à peau du nouveau-né ne sont pas tracés dans les dossiers observés. L'établissement a mis en place rapidement après le constat un dispositif permettant la traçabilité sur le dossier papier (tampon regroupant l'ensemble des items).

Concernant l'activité de dons d'organes et de tissus, une grande proximité des équipes de réanimation et de la Coordination Hospitalière de Prélèvement d'Organes et de Tissus (CHOP) est privilégiée. Une analyse de l'éligibilité au don d'organes de tous les patients déclarés en mort encéphalique est réalisée, en particulier dans les secteurs de réanimation et aux urgences. Les infirmières de la coordination se déplacent quotidiennement vers les équipes de ces secteurs. Un environnement est adapté à l'entretien avec les proches avec un espace dédié. L'équipe de greffes d'organes suit les indicateurs proposés par l'Agence de biomédecine et met en œuvre les recommandations issues des audits (le dernier datant de fin 2024). Une « journée famille », organisée une fois par an par la CHPOT, permet de réunir l'ensemble des familles de donneurs qui le souhaitent pour échanger sur le don d'organes et leurs expériences.

Les équipes se mobilisent autour de la pertinence de leurs pratiques en mesurant leurs impacts et leurs

actions fondés sur l'amélioration du résultat pour le patient. Le respect des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie par les équipes fait l'objet d'une attention particulière, renforcée par une collaboration avec les infectiologues du CHU. L'antibiothérapie est argumentée réévaluée et justifiée. La consommation et la résistance des antibiotiques sont suivies. Les prescripteurs sont formés, l'infectiologue participe au staff du secteur si besoin.

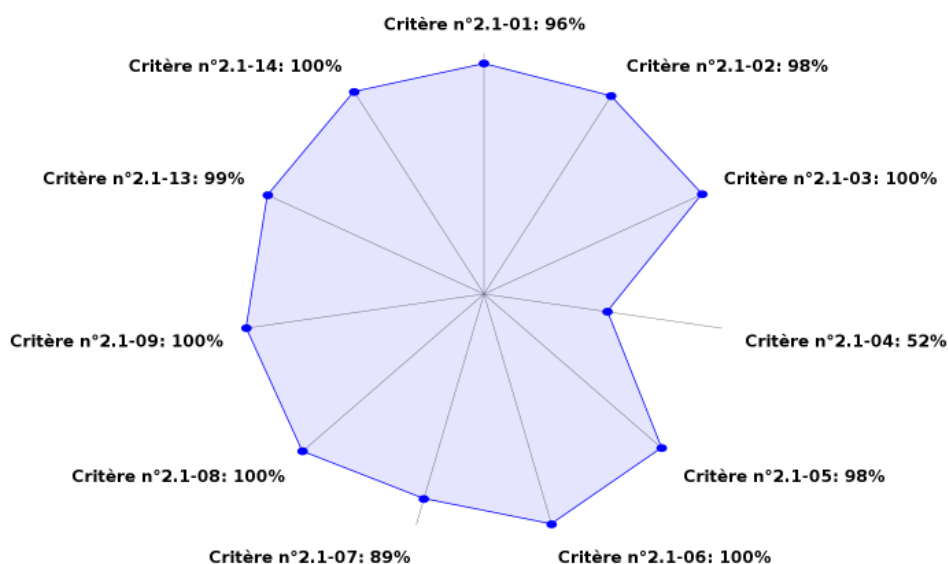
Le recours à des mesures restrictives de liberté (limitation de contacts, de visite, contention...) fait l'objet d'une information auprès du patient et/ou ses proches. Une prescription détaillée des modalités de mise en œuvre d'une contention est systématiquement réalisée. Un onglet spécifique dictant l'ensemble des bonnes pratiques de contention mécanique facilite la complétude des informations médicales (argumentation, analyse bénéfices/ risques, modalités de mise en œuvre, fréquence de réévaluation). La pertinence de ces recours et leur impact sur le patient sont partagés et les alternatives sont privilégiées. Des ateliers de bonnes pratiques sont également proposés aux professionnels.

La pertinence des séjours est analysée de manière quotidienne lors des staff pluriprofessionnels dans l'ensemble des secteurs. Toutefois, toutes les équipes de soins critiques ne suivent pas systématiquement les indicateurs spécifiques au service ou le taux de ré-hospitalisation entre 48 et 72h, ainsi que tout autres indicateurs spécifiques.

Le laboratoire d'analyse biologique est accrédité COFRAC. Les radiologues participent aux RCP d'oncologie. En cas d'évènement indésirable impliquant la radiologie ou la biologie, un CREX ou une RMM est organisé avec la mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration suivi.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **94%**

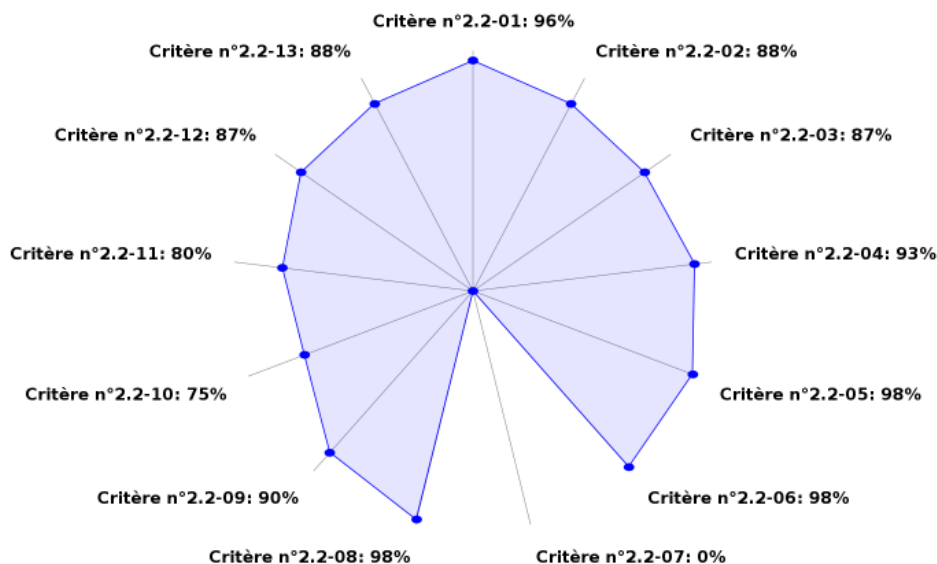


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	96%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	98%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	52%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	98%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	89%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
2.1-09	Les équipes se coordonnent pour la prise en charge du patient au domicile	100%

2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	99%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **90%**

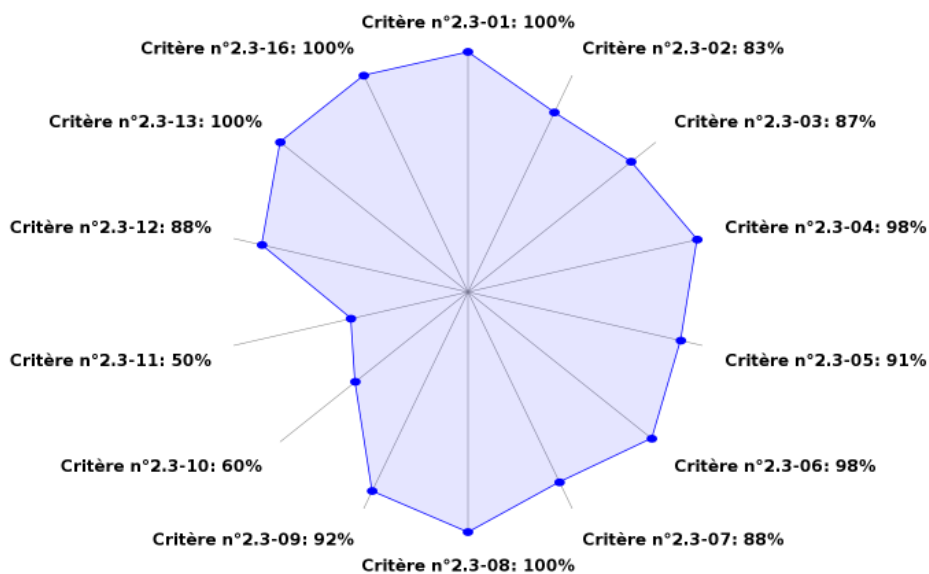


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	96%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	88%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	87%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	92%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	98%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	98%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	0%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	98%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	90%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	75%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	80%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	87%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	88%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

Score de l'objectif **88%**

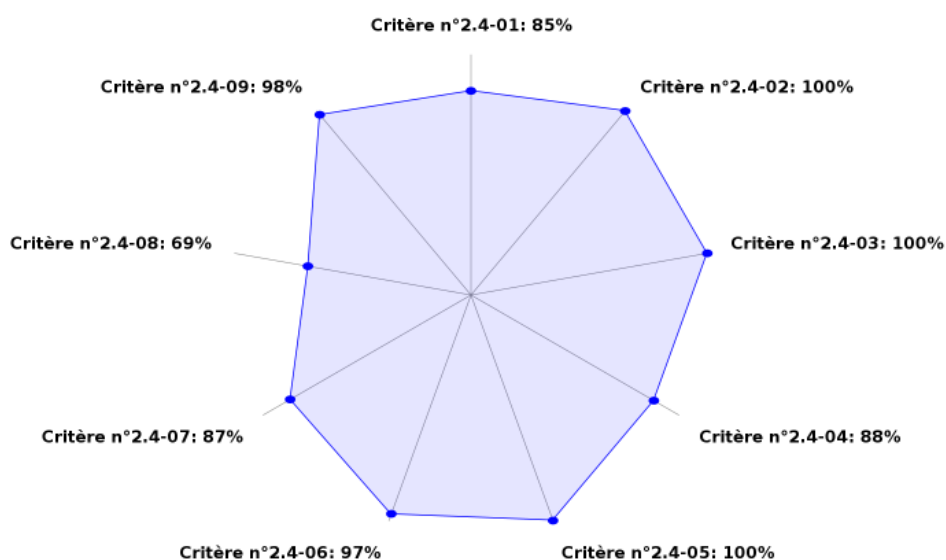


Critères		
2.3-01	Chaque appelant au SAMU pour un problème de santé est orienté et pris en charge grâce à une régulation médicale adaptée à sa situation	100%
2.3-02	Le dossier médical préhospitalier des SMUR comporte tous les éléments nécessaires à la poursuite de la prise en charge du patient	83%
2.3-03	L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge	87%
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	98%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	91%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	98%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	88%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%

2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	92%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	60%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	50%
2.3-12	Les équipes des secteurs de soins critiques maîtrisent les risques en lien avec leurs pratiques	88%
2.3-13	Les activités de prélèvement et de greffe d'organes, tissus ou cellules souches hématopoïétiques, sont évaluées et se traduisent par des plans d'actions d'amélioration dont les effets sont mesurés	100%
2.3-16	Les équipes maîtrisent les risques liés aux actes de radiothérapie	100%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **92%**



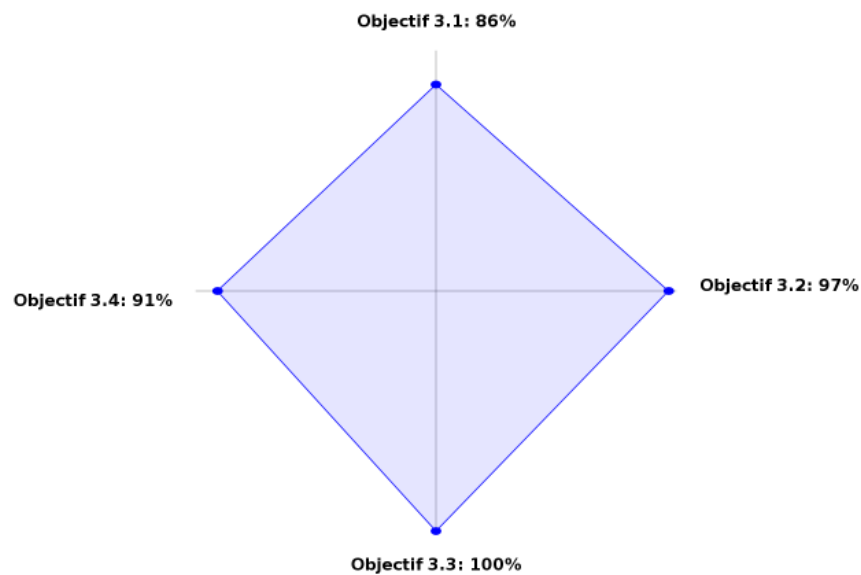
Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	85%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	88%
2.4-05	La pertinence de l'admission et du séjour en SMR est argumentée et réévaluée au sein de l'équipe	100%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	97%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	87%
2.4-08	Les équipes des secteurs de soins critiques améliorent leurs pratiques en se fondant notamment sur les modalités de prise en charge de leurs patients.	69%

2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	98%
--------	--	-----

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **93%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	86%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	97%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	91%

Synthèse du chapitre 3

Au CHU de Poitiers, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est copilotée par la Direction et la CME. Les orientations prioritaires sont définies à partir d'une analyse de l'ensemble des données et des risques personnalisés à l'établissement. L'antériorité de l'organisation du système et de la culture qualité et sécurité renforce la dynamique participative et permet l'engagement de l'encadrement, des RU et des professionnels à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du programme d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS). La structuration du pilotage au sein des pôles permet l'appropriation de la démarche qualité par les équipes. Des cellules qualité polaires, composées pour chacun des pôles, de référents qualité (cadres, cadre supérieur, médecin, un temps soignant dédié) et de référents du service qualité, sont en place. Des revues qualité de pôle sont organisées semestriellement pour les cellules qualité de pôle et annuellement pour les réunions plénières. L'encadrement a connaissance des résultats de son secteur et décline des actions d'amélioration. Les équipes de terrain participent à la réalisation de ces actions. La gouvernance a initié une méthode innovante « GEMBA » de rencontre de sécurité depuis 2022. Cette méthode consiste à se déplacer sur le terrain et rencontrer les équipes pour observer la situation réelle. Des réponses et ou améliorations partagées sont suivies. Des évaluations de la culture qualité et sécurité des soins sont menées de façon régulière à partir de méthodes diverses : enquête de culture sécurité (2023 et 2^{ième} trimestre 2025), audits « parcours et patients traceur, quiz, suivis d'indicateurs... ». Des actions sont mises en place, comme la formalisation de protocoles de transfert avec check-list et revues de cas interservices pour améliorer la coordination des interfaces entre les secteurs de soins.

L'accréditation des médecins et des équipes médicales est en déploiement, trois équipes sont accréditées (équipes de chirurgie urologie, cardiothoracique et viscérale), l'équipe du service d'anesthésie-réanimation/médecine/périopératoire est en cours de démarche, d'autres en projet. Toutefois, les actions menées dans le cadre du dispositif d'accréditation ne sont pas articulées avec la démarche QSS institutionnelle.

Le renforcement de la déclaration des Evénements Indésirables (EI), dont les presque accidents est inscrit dans les orientations stratégiques de la politique qualité. La culture du signalement est mature dans la majorité des secteurs. Des analyses systémiques et collectives (CREX et RMM, débriefing) sont organisées de manière régulière et connues des professionnels et des RU ; les équipes mettent en place des actions d'amélioration. Cependant, les EI signalés dans le cadre de l'accréditation des médecins ne sont pas intégrés dans la gestion des risques institutionnelle. Une sensibilisation des équipes concernant l'annonce d'un dommage lié aux soins est réalisée à partir d'une fiche memento (livret de poche, affichage en salle de soins, intranet), contenant les modalités à respecter ainsi que les trois temps de l'annonce d'un dommage et un lien vers le guide et la vidéo de formation sur le site de la HAS. Toutefois, la formation des professionnels concernés n'est pas inscrite au plan de formation institutionnel.

Le CHU a identifié les menaces susceptibles de provoquer des tensions hospitalières et dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. Une cellule de crise est opérationnelle en moins de 45 minutes ; des exercices sont réalisés (trois fois par an) suivis de Retex et d'actions d'amélioration (pour exemples : RETEX SAMU : Exercice préfectoral au centre pénitentiaire de Poitiers-Vivonne juin 2025, exercice « effondrement d'une tribune d'un stade en mai 2024...). Les

organisations formalisées, sont identifiées par les professionnels de terrain, qui connaissent les modalités d'alerte en cas de déclenchement d'une situation sanitaire exceptionnelle.

La démarche éthique est structurée au sein de l'établissement. Un comité éthique interne au CHU (pilote par un médecin neurologue) a été mis en place en fin d'année 2024, permettant de porter une réflexion partagée sur les dilemmes éthiques émanant de situations quelques fois complexes ; les RU y sont associés. Un comité régional d'éthique « ERENA » sert également de recours. Les professionnels de terrain peuvent soumettre leur questionnement, cependant un état des lieux des questionnements éthiques n'est pas partagé avec l'ensemble des professionnels.

La mise en adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité des prises en charge est assurée. Les effectifs sont adaptés à l'activité à partir de maquettes cible par secteur ; des solutions sont mobilisées en cas d'absence ponctuelle ou récurrente. Le recours à l'intérim est quasiment nul, un pool de remplacement « équipe de suppléance » intersites est en place, de même une équipe de suppléance réanimation permet de maintenir les compétences si besoin. Une commission « Emplois/ effectifs » se réunit pour assurer la gestion des compétences ; elle assure également le suivi des indicateurs, particulièrement celui de l'absentéisme qui voit son taux décroître régulièrement depuis 2022 (8,4% contre 11,7% avant 2022). Les motifs de départ sont également analysés. Une journée d'intégration est organisée pour le personnel non médical, personnel médical, étudiants ; des livrets d'accueil personnalisés aux pôles sont remis (étudiants médecine 2^{ème} et 3^{ème} cycle, nouveaux praticiens, étudiants IDE, AS et nouveaux arrivants). Un questionnaire de satisfaction permet d'améliorer le dispositif d'accueil.

Pour fédérer l'encadrement médical et paramédical autour d'objectifs communs et pour développer les compétences managériales et de leadership, le CHU a déployé un programme de formation pour l'encadrement médical, paramédical, administratifs, techniques et logistiques. Dans ce programme, l'accent est mis sur les compétences relationnelles des managers afin de renforcer la qualité des interactions entre professionnels et la cohésion dans les équipes : management par les valeurs, Lean management et formation qualifiante des managers médicaux (dans le cadre du GCS NOVA entre les CHU de Poitiers, Bordeaux et Limoges). L'ensemble de ces dispositifs sont intégrés au plan d'attractivité et de fidélisation du CHU de Poitiers amorcé en 2021. L'encadrement est également formé à la prévention et la gestion des violences sexuelles, de harcèlement, gestion des conflits (213 personnes formées depuis 2023) et du stress. Des temps d'échanges permettent le partage d'expérience (Café d'encadrement, collégiale des chefs de service...).

La politique QVT, mise à jour en 2025, s'appuie sur des éléments de remontées du terrain, en lien avec les axes définis dans le projet d'établissement, le plan d'attractivité et de fidélisation et le projet social. Pour favoriser un équilibre vie professionnelle / vie personnelle, des dispositifs sont proposés : garde d'enfants (crèche familiale, accueil périscolaire), télétravail si fonction compatible, parkings voiture, vélos, transports en commun, forfait mobilité, offres de restauration sur site... Le concept de « Management par les valeurs » (Respect, engagement, solidarité, progrès) porté par la gouvernance et les encadrants vient donner la parole aux professionnels sur ce qui les préoccupe et leur offrir la possibilité de proposer leurs solutions. Des espaces d'expression pour évoquer les conditions de travail sont favorisés entre autres sous forme de stand up avec support visuel (Analyse des irritants, débriefing...). Les professionnels sont écoutés et participent à la recherche de solutions pour l'amélioration de leur condition de travail. Les résolutions de problème portent aussi sur toutes les

tâches sans valeur ajoutée, répétitives, chronophages, avec d'autres secteurs si nécessaire (imagerie pour exemple). Le management par les valeurs est déployé à ce jour dans 26 services de soins et 9 directions/services administratifs, techniques ou logistiques.

Une des orientations du projet de soins du CHU porte sur le développement des coopérations médico-soignantes au service des soins pour tous. La gouvernance soutient la mise en place d'infirmiers de pratiques avancés (IPA) ainsi que la délégation et la formalisation de protocoles de coopération (PC) en fonction des besoins identifiés :

- 17 IPA sont formées depuis 2021 (pour exemples : en onco hématologie IPA à 50% Poitiers/50% Châtelleraut, en UCSA pour les maladies chroniques, insuffisance rénale chronique (IRC), urgences, neurologie...
- 13 PC : imagerie, diabétologie, hépato gastroentérologie...

Un copil IPA et protocoles de coopération est en place et assure le suivi et la gestion des projets mis en place et à venir.

Pour favoriser le travail en équipe, développer une intelligence collective et renforcer la sécurisation des parcours, le CHU a déployé la construction des chemins cliniques, véritable outil centré sur le patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire. Depuis 2021, 490 professionnels ont été formés au chemin clinique (IDE, AS, professions support, cadres de santé, kinésithérapeutes, médecins...). Des correspondants sont identifiés par pôle. Une vingtaine de chemins cliniques sont formalisés à ce jour, informatisés pour la plupart, d'autres sont en cours de formalisation. Pour exemples :

- En cardiologie : Prise en charge d'un patient hospitalisé pour traitement d'un rétrécissement vasculaire aortique calcifié serré symptomatique par implantation d'une valve aortique percutané
- Site de Montmorillon : Patient traitée pour un cancer du sein au décours d'une séance de chimiothérapie adjuvante en HDJ
- SMR de Loudun : Prise en charge d'un patient de 75 ans et plus transféré à J5 après chirurgie pour prothèse totale de hanche jusqu'au retour à domicile

Le CHU de Poitiers composé de cinq sites : Poitiers, Châtelleraut, Lusignan, Loudun et Montmorillon, articule son offre de soins avec celle du territoire, qu'elle soit sanitaire ou médico-sociale, tant avec les acteurs de ville que des autres établissements. Le GHT de la Vienne est constitué de deux établissements de santé parties : le CHU de Poitiers, établissement support, le CHS Henri Laborit. Sa commission médicale de groupement a été installée en mai 2023. Quatre EHPAD y sont associés, le SSR La Colline ensoleillé à la Roche-Posay est partenaire du GHT, le service HAD de la Polyclinique ELSAN de Poitiers est associé au GHT. Le projet médico-soignant partagé, comporte des axes de développement forts sur la télémédecine et la filière psychiatrique. Le projet d'établissement du CHU de Poitiers 2024-2028 comporte comme un des axes prioritaires, le développement de l'activité de recours à l'échelle du Poitou-Charentes et la rationalisation des parcours de soins à l'échelle départementale.

Pour garantir la continuité des soins sur le territoire et éviter la rupture de prise en charge des patients, le CHU a identifié les filières de parcours et réalise un suivi des activités (rapport médical partagé) et indicateurs (file active, nombres de consultations avancées, taux de fuite...). Si besoin, des CREX ou

RMM sont déclenchés en inter établissements pour analyser des dysfonctionnements de parcours avec la collaboration de la structure d'appui régionale. Le CHU de Poitiers est l'établissement de recours pour les quatre GHT du Poitou Charentes Niort, La Rochelle, Saintes et Angoulême pour certaines filières, entre autres (obésité sévère, oncologie, gériatrie...). Des conventions d'association sont formalisées permettant d'organiser les filières de prise en charge et les parcours des patients pour les activités de référence et de recours. Pour exemples, le CHU de Poitiers est identifié comme établissement de recours pour la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux ischémiques, les infections ostéo articulaires complexes, la chirurgie du handicap,... Une instance, le G5, regroupant les cinq établissements, assure un suivi partagé des points de vigilance. Une convention de coopération a été proposée aux établissements du G5 afin de renforcer la formalisation de la structuration du maillage territorial en complément des rencontres régulières entre les CH et le CHU de Poitiers.

Une convention de partenariat relative à la mise en œuvre de l'accès aux soins (SAS) de la Vienne est formalisée et permet de structurer les modes de recours selon chaque filière et en fonction des priorités (AVC, ouverture du plateau technique « Aorte center », imagerie dans les pathologies cancéreuses, téléexpertise en dermatologie organisée en soirée avec les médecins de ville...). Des demandes non programmées peuvent être intégrées aux plages de consultations (ophtalmologie, cardiologie...). Dans le cadre de l'amélioration continue de la sécurisation des parcours dans ces filières de prise en charge, le CHU projette la transposition de dispositifs internes (analyse EIG et élaboration de chemins cliniques).

Une organisation bien structurée est en place entre les services de spécialités, la gériatrie et les urgences pour prendre en charge les patients âgés non programmés. Les services de spécialités du CHU font appel au dispositif de télémedecine pour donner leur avis et éviter les transferts évitables. Des indicateurs de ces hospitalisations des patients de plus de 75 ans sont suivis.

Investi de missions universitaires, l'établissement a défini une politique de soutien à la recherche clinique et la promeut très activement (séminaire recherche organisé permettant la présentation partagé des projets et Retex de chercheurs expérimentés). Des indicateurs de recherche sont intégrés aux contrats de pôle (nombre de publications, nombre de projets déposés...). Un livret d'accueil pour jeune chercheur est disponible, une aide rédactionnelle est organisée. Le CHU de Poitiers est également engagé dans la promotion et le développement de la recherche paramédicale (5 projets ont été retenus pour 2024) .

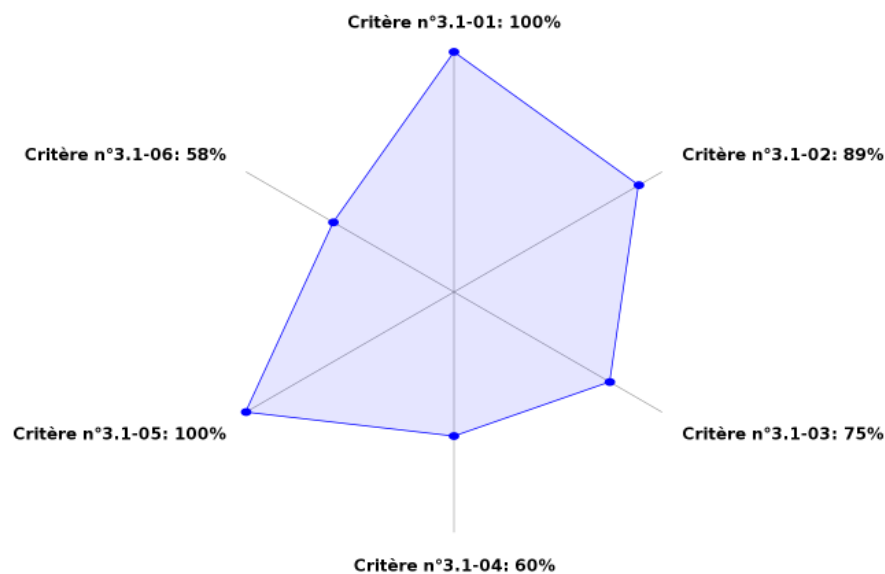
Les locaux sont propres et conformes aux règles de sécurité. Une commission des équipements se réunit annuellement pour assurer la gestion des besoins (campagne annuelle de recensement par pôle) et le suivi de la maintenance préventive et curative. Une stratégie de développement durable (DD) est en place au sein de l'établissement. La politique est partagée au niveau territorial et régional (Charte Nouvelle Aquitaine). 48 ambassadeurs DD, identifiés et formés, assurent la sensibilisation sur le terrain. Deux pages sont dédiées dans le journal « CHU infos » tous les deux mois. Les professionnels des services ou pôles, sensibilisés aux soins écoresponsables, développent des actions en lien (éco bloc avec au regard un IADE missionné à 20% de son temps de travail, pertinence de certains pansements...).

Le CHU développe une politique de la télésanté. Un comité de pilotage (COPIL télémedecine) est en place depuis deux ans et organise le déploiement des offres en fonction des besoins (RCP avec les

médecins de ville, dermatologie, télésurveillance médicale en cardiologie, consultations ou avis...). Cette activité de télésanté est évaluée pour en améliorer l'opérationnalité (tableau de bord institutionnel). Les professionnels impliqués sont formés et connaissent l'organisation de cette activité.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

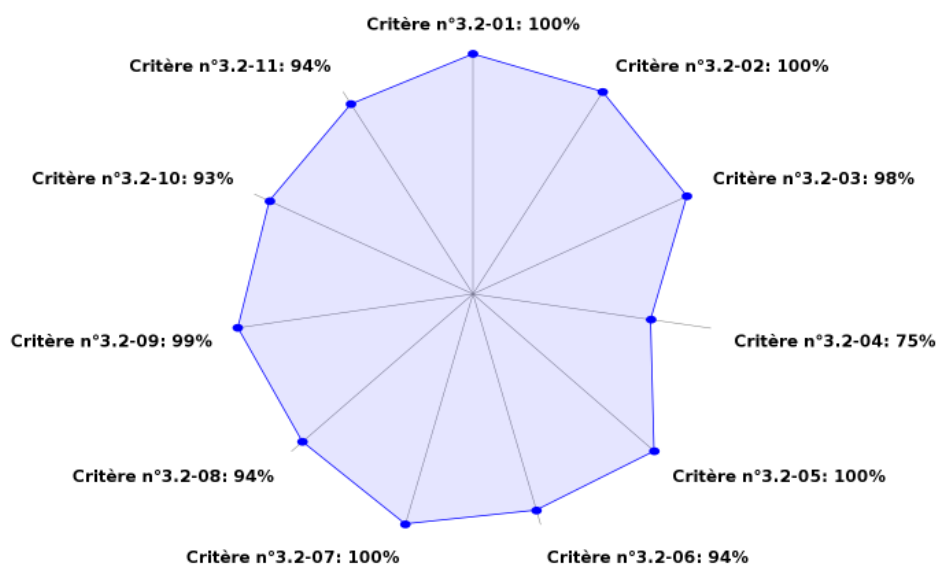
Score de l'objectif **86%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	89%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	75%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presqu'accidents	60%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	58%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **97%**

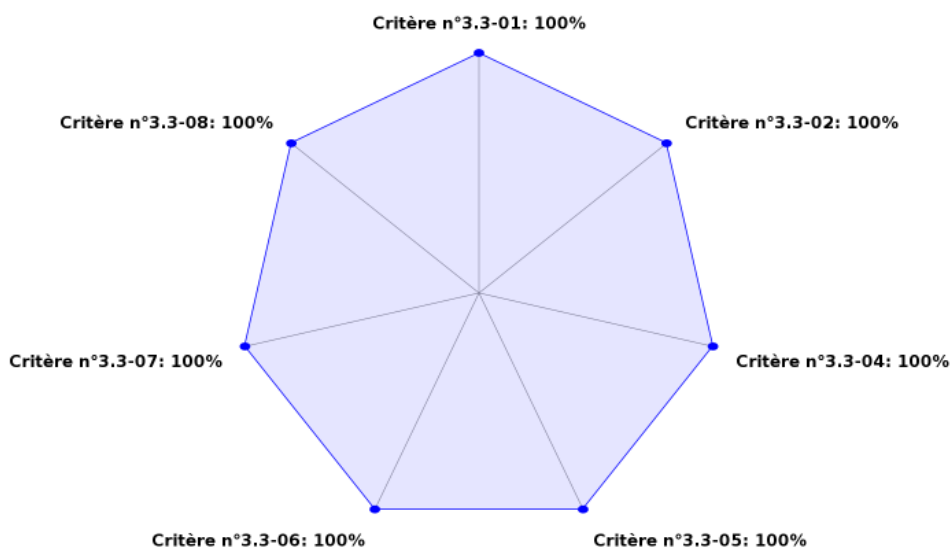


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	98%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	94%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	94%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	99%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	92%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	94%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

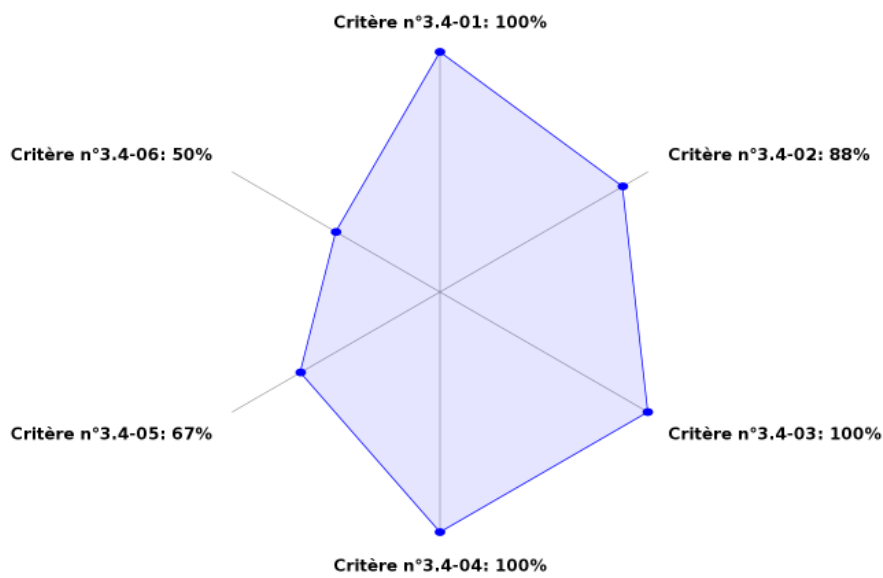
Score de l'objectif **100%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	100%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	100%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	100%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **91%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	88%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	100%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	67%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	50%

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

