HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER
& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CHIC AMBOISE CHATEAURENAULT

Rue des ursulines
Bp 329
37403 Amboise

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
Qualité des soins confirmée
Établissement certifié

Validé par la HAS en Novembre 2022

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

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

Sommaire

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

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, siune 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 maitrise des risques liés au soin. Les analyses des évènements 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 decide la certification de l'établissement.

Présentation

CHIC AMBOISE CHATEAURENAULT	
Adresse	Rue des ursulines Bp 329 37403 Amboise Cedex FRANCE
Département / Région	Indre-et-Loire / Centre-Val-de-Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	370000564	CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL AMBOISE CHATEAURENAULT	Rue des ursulines Bp 329 37403 Amboise FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

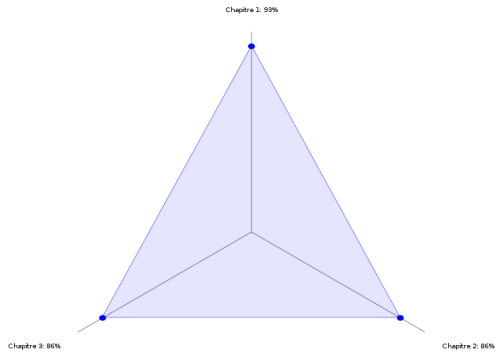
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

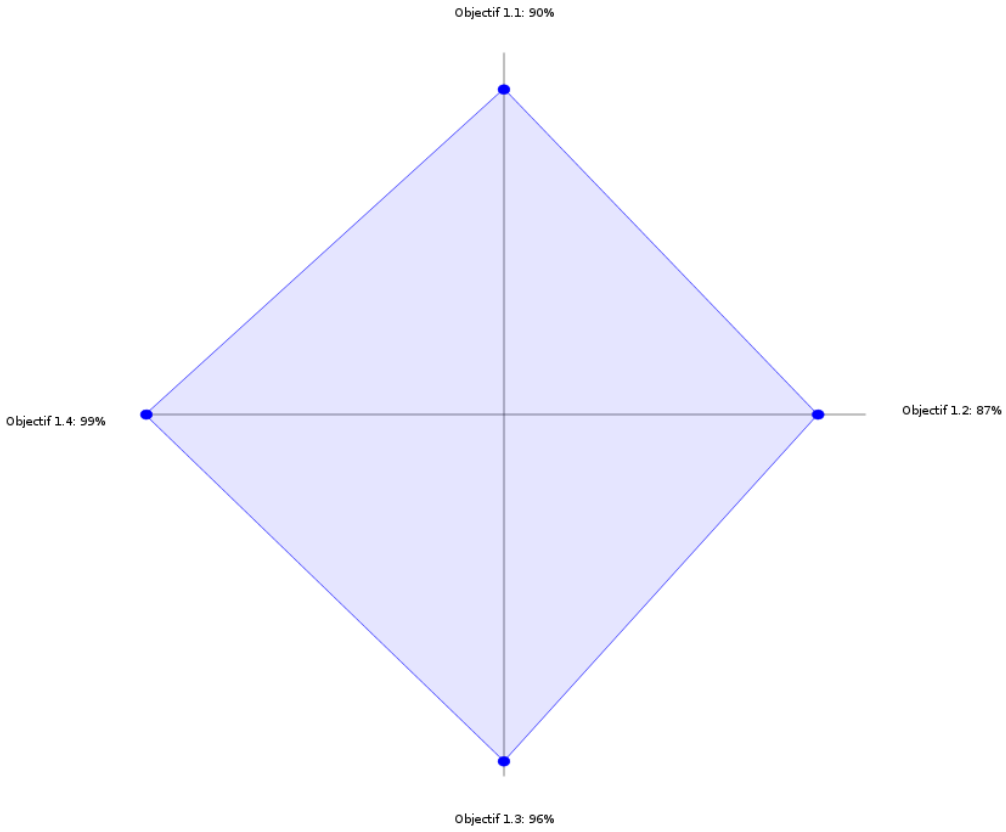
Au regard du profil de l'établissement,122 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



93%

du score maximal

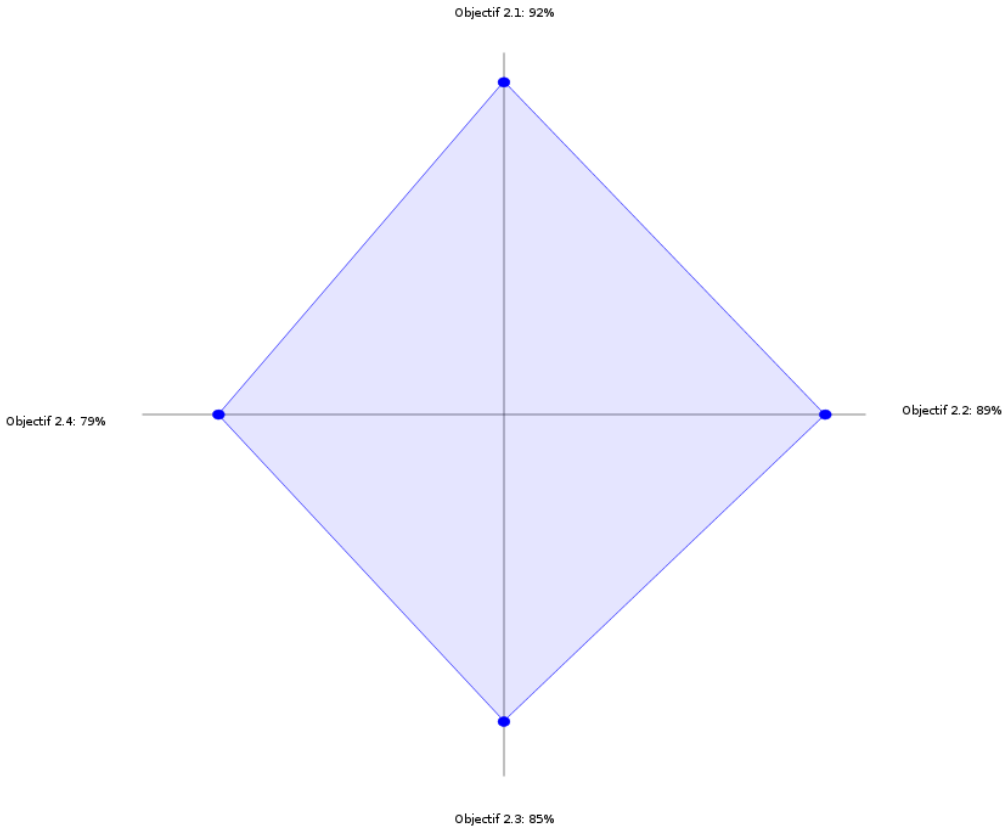
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	90%
1.2	Le patient est respecté.	87%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	96%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Au Centre Hospitalier Intercommunal d'Amboise Château-Renault (CHIC), le patient bénéficie d'une prise en charge globale où le contexte socio-professionnel dans lequel il évolue est pris en compte tout au long de son parcours de soins. De façon générale et quel que soit le secteur d'activité, les droits sont respectés et au décours de sa prise en charge, les besoins spécifiques sont pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Les différents éléments d'information sont affichés et positionnés à l'entrée du service. L'affichage intègre les coordonnées permettant de joindre les représentants des usagers. Les questionnaires de satisfaction sont distribués et connus des patients. Sur ce point, lors de la visite de certification, les patients traceurs ont permis (patients et/ou de l'entourage le cas échéant) de confirmer ces informations reçues. Globalement, le patient reçoit une information claire et adaptée cependant, au travers de nombreux patients

traceurs rencontrés, Il est remarqué une difficulté de compréhension et d'appropriation des informations transmises notamment sur la notion de personne de confiance (désignée, expliquée mais bien souvent non comprise). Le livret d'accueil et ses fiches annexes systématiquement remis aux patients intègrent la présentation de l'établissement et de ses 2 sites. On y retrouve les éléments relatifs aux droits des patients avec des informations concernant la personne de confiance, les directives anticipées, le partage des données RGPD, l'accès au dossier, les mesures relatives aux mineurs, aux majeurs protégés et l'accès au questionnaire de satisfaction. Le livret comporte également des éléments relatifs à la démarche qualité et à la gestion des risques avec notamment un descriptif permettant le signalement des évènements indésirables par le patient. Ce livret d'accueil mentionne également le rôle de la Commission des Usagers et les modalités de recours à la liste de ses membres. Toutefois, l'évaluation menée auprès des patients montre de leur part une méconnaissance des représentants des usagers. Au-delà, les patients reçoivent via les affichages et le livret d'accueil qui leur est commenté toutes les informations relatives à leur séjour. Ils sont invités à compléter l'enquête de satisfaction institutionnelle et encouragés à participer à l'enquête e-satis à la sortie cependant, le faible taux de retour ne permet pas à l'établissement d'être éligible. Le recueil de la personne de confiance n'est pas toujours retrouvé. A titre d'exemples, en psychiatrie, sur les deux patients traceurs réalisés, l'un d'entre eux n'a pas reçu l'information et ne connait pas le rôle d'une personne de confiance ou encore en service de médecine où le formulaire de la personne de confiance n'a été retrouvé dans aucun des 5 dossiers sélectionnés lors de l'évaluation. L'information des PSL reçus et des motifs de transfusion n'est pas toujours donnée au patient. Par ailleurs, en psychiatrie, des temps d'échanges entre les patients et les professionnels permettent de recueillir l'expérience patient. Les usagers sont régulièrement informés des événements indésirables graves associés aux soins lors des rencontres de la CDU. De nombreux éléments d'information sont disponibles dans un espace dédié situé dans le hall d'accueil de l'établissement. Le patient est informé et, 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 ses modalités de prise en charge et le résultat des soins prodigués. Les professionnels font en sorte que le patient soit acteur de sa prise en charge. Les équipes luttent contre la perte d'autonomie générée par l'hospitalisation et s'adaptent au degré de compréhension du patient. Sur ce point, les rencontres avec les patients en ont clairement témoigné. L'aide pour les besoins élémentaires est effective. L'implication des patients dans leurs prises en charge est particulièrement notable dans le secteur de l'hôpital "parents-enfants". Le Dossier patient Informatisé (DPI) montre que le patient consent de façon libre et éclairée à son projet de soins. Tant pour les enfants, que pour les adultes, les projets de soins individualisés des patients accueillis au sein du CHIC, sont coconstruits et structurés avec les équipes pluri professionnelles, en impliquant les proches, analysés et évalués pendant le séjour et lors de la sortie. Le patient est impliqué dès son arrivée, son consentement est systématiquement recherché en s'assurant de sa compréhension. Les besoins et demandes des patients en fin de vie sont pris en compte, associant la personne de confiance. Toutefois, la recherche et le recueil des directives anticipées ne sont pas systématiques dans les différents secteurs d'activité. Au CHIC, le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité, au regard des pratiques des professionnels qui en font une valeur forte de leur exercice au quotidien. Les soignants sont sensibilisés aux pratiques pour respecter la dignité des patients et la confidentialité et s'adaptent aux locaux qui ne le permettent pas toujours avec notamment des douches collectives et des chambres doubles avec paravents en chirurgie. En chirurgie ambulatoire, les équipements et les locaux ne garantissent pas la dignité des patients. Dans les 4 box de chirurgie ambulatoire, il n'y a pas de séparation entre les patients et aucune possibilité de s'isoler dans la pièce qui accueille 3 patients en fauteuils. Les locaux aux urgences (SAU) permettent le respect et la confidentialité, notamment l'accueil des enfants. Au SAU, l'intimité des patients et la confidentialité, est respectée, y compris dans la zone d'attente couchée où ont été installés des rideaux permettant de bien isoler les espaces. En Psychiatrie, les patients ont la possibilité de pouvoir fermer leur chambre avec un verrou quand ils y sont, pour éviter l'intrusion par les autres patients. Dans le cadre des évaluations patient traceurs l'information sur le DPI de la prescription de la contention mécanique n'a pas toujours été retrouvée. A noter qu'au SAU, un groupe de

travail composé de soignants a réfléchi sur l'accueil des enfants avec pour résultat l'installation d'un mobilier adapté en salle d'attente, un kit de jeux et activités mis à disposition, l'aménagement et la décoration d'un box d'examen dédié à leur prise en charge. Le patient est sollicité pour évaluer sa douleur à l'aide d'échelles de mesure adaptées à sa compréhension avec traçabilité dans le DPI et dans ce cadre, l'établissement dispose de tout l'arsenal thérapeutique médicamenteux et non médicamenteux pour prévenir ou soulager la douleur notamment induite par les soins. En MPR, La prise en charge de la douleur est réalisée et tracée. Plusieurs évaluations sont réalisées par jour par différents intervenants avec des professionnels tous sensibilisés et formés à l'utilisation d'outils validés. L'ergothérapeute réalise un bilan sur le processus douloureux chronique. L'ensemble des patients traceurs rencontrés témoignent de la prise en compte de leur douleur et de l'administration de traitements antalgiques. On retrouve bien la traçabilité de la mesure de la douleur par des échelles EVA et de l'administration des traitements. La présence des proches et/ou aidants est facilitée dans le cadre de l'admission aux urgences d'une personne en situation de handicap ou dans un contexte de fin de vie. En ambulatoire, le patient reçoit des informations spécifiques aux modalités de sa prise en charge. En situation de fin de vie, le patient peut faire savoir ses décisions et bénéficier de l'aide de l'équipe mobile de soins palliatifs. La Commission Des Usagers (CDU) est très régulièrement consultée et participe activement à la prise en compte des droits du patient au sein de du CHIC. La CDU bénéficie de rapports annuels complets mais le projet des usagers n'est pas formalisé. L'implication des usagers est assurée principalement au travers d'un seul représentant des usagers qui préside la CDU. Celui-ci est expérimenté, formé et particulièrement actif sur la mission (également RU du CHU de Tours). Avec l'accord du patient et quand cela est possible, les proches et aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Le maintien de l'autonomie du patient en situation de handicap et/ou âgé dépendant est favorisé tout au long de son séjour. Les habitudes de vie et de lien social des patients hospitalisés au CHIC sont prises en compte et la préparation de la sortie, prenant en considération les conditions de vie habituelles des patients est effective. Le patient mineur bénéficie de modalités de prise en charge intégrant les préoccupations de socialisation. Si besoin, le patient en situation de précarité bénéficie d'une orientation vers une assistante sociale dès le début du séjour afin de mettre en place une stratégie et permettre des conseils et des moyens adaptés. Pour ce faire, l'équipe de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) du CH facilite l'accès aux soins des personnes démunies et aux droits sociaux dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Une attention est portée à l'expression et la prise en compte des besoins des patients vivant avec une maladie chronique ou un handicap. Les accès au CHIC sont adaptés aux différents types de handicaps. Des parcours sont personnalisés pour les patients. La prise en compte des conditions de vie est observée. Dans le service de Psychiatrie, des ateliers sont réalisés pour favoriser l'insertion sociale des patients. Sur ce secteur, le patient bénéficie d'un panel de soins adaptés et diversifiés pour accompagner son inclusion dans la vie sociale en lien notamment avec le médecin traitant et l'apport de structures de prise en charge spécifiques délocalisées.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



86%

du score maximal

Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	92%
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	89%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	85%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	79%

Tout au long des parcours, la pertinence des décisions est argumentée de façon pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en bénéficiant d'une traçabilité dans le dossier patient dès l'admission. Ces modalités sont également assurées lors des orientations dans les services de spécialité, pour les prescriptions de traitements médicamenteux, lors d'examens complémentaires et dans le cadre de la sortie anticipée. L'orientation du patient est motivée par les professionnels qui connaissent et utilisent les filières d'admission directe des patients qui relèvent des services spécialisés et de leurs modalités d'admission. Via l'outil dédié "trajectoire", les demandes d'admission en SSR font l'objet d'une étude pluriprofessionnelle et la pertinence du maintien de la prise en soin en SSR est réévaluée précocement. En Médecine physique et réadaptation (MPR) on retrouve les synthèses médicales hebdomadaires en pluriprofessionnel. Un courrier d'entrée est réalisé suite à l'entrée

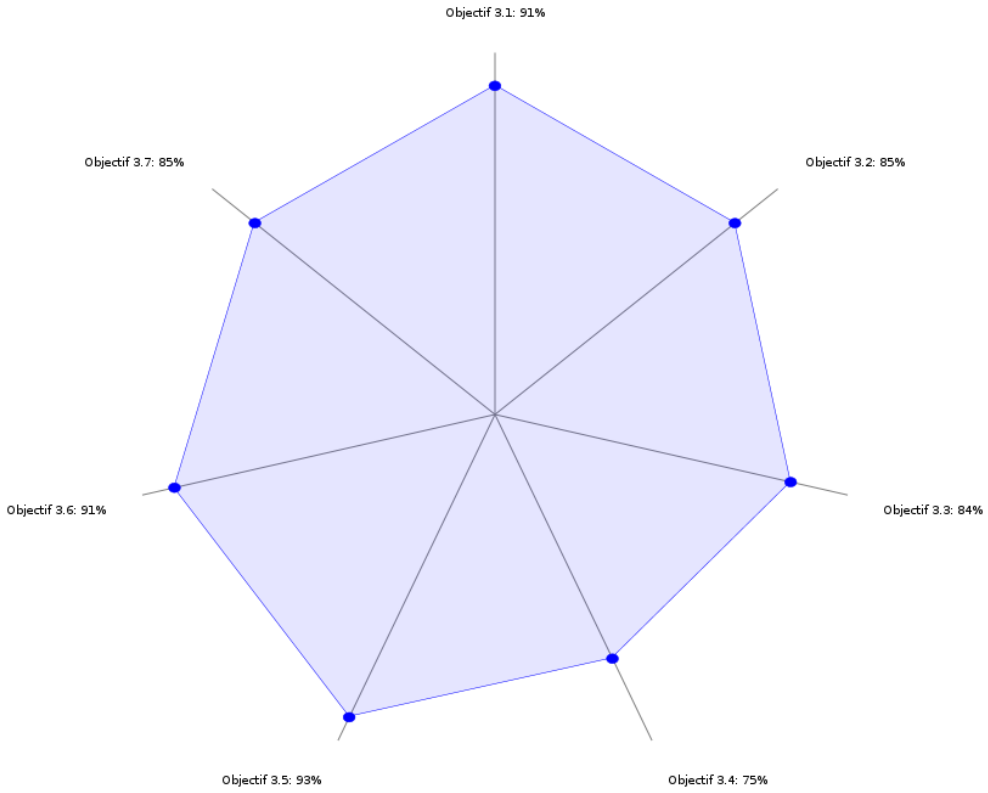
du patient en MPR reprenant l'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge du traitement. Une fiche de liaison récapitulative est donnée à la sortie par le kiné avec des fiches d'exercices expliqués au patient ; L'ergothérapeute formalise également les objectifs personnels par patient avec un bilan donné à la sortie. Le projet de soins du patient est réalisé en prenant compte de ses besoins, ses demandes et de son autonomie et un compte rendu d'hospitalisation complet est réalisé avec envoi postal au médecin traitant et patient. Toutes modifications de traitement est expliqué par le médecin et l'IDE. Les équipes sont coordonnés pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa PEC. En MPR, le format lettre de liaison n'est pas donné le jour de la sortie et le bilan thérapeutique avec les modifications entre l'entrée et la sortie n'est pas résumé pour support notamment pour les patients âgés (idem en chirurgie). Le patient sort avec un compte rendu d'hospitalisation le jour de la sortie sans bilan thérapeutique formalisé. Le nouveau logiciel permet de diminuer les délais de préparation de courrier de compte rendu d'hospitalisation pour le MPR.La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté est argumentée et réévaluée régulièrement pendant le séjour en psychiatrie, conformément à la réglementation. Suite à l'échec de mesures alternatives et à une évaluation bénéfice/risque en équipe pluridisciplinaire, toute mesure de contention et d'isolement est mise en place sur prescription médicale. Tous les traitements antibiotiques ne sont pas justifiés dans le dossier, prescription parfois non argumentée. La sécurité transfusionnelle est organisée et la justification de la transfusion est retrouvée dans le dossier du patient. Un dépôt relai est situé dans le service de chirurgie sous la responsabilité de la cadre du service de chirurgie et du responsable du dépôt qui est médecin aux urgences. Un médecin gériatre est en charge de l'hémovigilance. Ces professionnels ont les qualifications adéquates pour remplir leur mission avec les formations nécessaires. Ils s'assurent de la bonne traçabilité des produits délivrés, de la formation des IDE à l'acte transfusionnel et ses contrôles et réalisent des évaluations de la pertinence de prescriptions. La prévention des complications de la transfusion et notamment de la survenue du TACO n'est pas toujours réalisée cependant, les IDE rencontrées savent reconnaître les situations à risque et adaptent les surveillances. La gestion des produits sanguin labiles est conforme et la pertinence des actes transfusionnels reste à analyser dans le cadre d'évaluations de pratiques professionnelles. L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge. Les locaux des urgences sont facilitants pour les circulations et la surveillance des patients. Ils permettent le respect de l'intimité et la confidentialité et chaque patient est accueilli par un IAO formé au tri. En revanche, les durées d'attente ne sont pas affichées en salle d'attente des urgences. Les professionnels rencontrés lors du parcours Urgences - Chir peuvent faire appel à différents réseaux d'équipes de recours ou d'expertise tels que l'équipe d'infectiologie du CHU de Tours, l'équipe mobile gériatrique, l'équipe liaison d'addictologie ou un cabinet libéral de cardiologie disponible 7 jours/7. Une IDE du CMP est présente en semaine avec un psychiatre d'astreinte pour les urgences. Les cadres assurant la programmation opératoire se coordonnent avec des plages horaires utilisés pour les urgences. Dans ce cadre, le CHIC dispose d'une information en temps réel des disponibilités des lits de l'établissement pour fluidifier les parcours. Cependant, pour les prises en charge complexes en chirurgie, il n'existe pas de concertation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle permettant de discuter les indications à visée diagnostique et thérapeutique. Il n'y a pas temps de partage des informations formalisé. Il n'a pas été retrouvé dans les dossiers consultés des traces écrite de discutions pluridisciplinaire. Au bloc et dans les secteurs interventionnels, la Check-list "sécurité du patient" est utilisée de manière efficace. Dans le service de médecine polyvalente à orientation gériatrique, une réunion pluriprofessionnelle a lieu tous les jeudis et permet d'élaborer le projet de soin et d'anticiper le devenir des patients souvent âgés avec mise en place d'aides à domicile le cas échéant. Les équipes du CHIC disposent d'un recours à des avis spécialisés en particulier au CHU de Tours pour notamment les avis d'infectiologie pour du conseil en antibiothérapie, ou pour les soins palliatifs avec l'équipe mobile qui peut se déplacer dans l'établissement pour venir en soutien des équipes de soins. Au CMP les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soin personnalisé. Tous les mardis après-midi, une réunion appelée synthèse permet de prioriser les prises de rendez-vous pour les parents des enfants ayant formulé une demande de RDV, définir de manière pluriprofessionnelle les modalités de prise en soins et remplir un projet de soin qui sera signé par le responsable légal de l'enfant. Dans le service

de psychiatrie adultes/CATTP on note une participation très active des patients à leurs projets et PEC. Aucune contention et peu d'isolement avec une approche de la gestion de la violence mais sans plan de prévention partagée. De nombreuses activités sont proposées. Une organisation est en place pour l'accueil des mineurs. Sur le secteur de Psychiatrie, tous les patients ne bénéficient pas d'un examen somatique systématique à l'entrée en hospitalisation complète et tout au long de la prise en charge. En effet, l'activité de santé mentale dispose théoriquement de 20% de tempos médical dédié mais non pourvu à ce jour ne permettant pas l'activité médicale somatique hebdomadaire. Seuls les patients entrants par les urgences bénéficient d'un examen d'entrée somatique dans les 24h. Ces patients ne bénéficient pas d'un suivi somatique régulier par la suite. Lorsque qu'un problème somatique se pose, le service peut transférer le patient aux urgences de l'établissement pour un bilan somatique ou dans les cas le nécessitant une hospitalisation en service de médecine de l'établissement. Il en ressort un risque potentiel de non prise en compte des problèmes somatiques chez les patients adultes hospitalisés en santé mentale ou pour les patients avec une décision de mise en chambre d'isolement ce qui entraîne un retard de diagnostic différentiel des pathologies et d'identification de comorbidités somatiques susceptibles d'interférer avec la prise en charge psychiatrique. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge. Ces équipes construisent avec le patient un projet de soins adapté à ses besoins et préférences, en s'appuyant sur l'évaluation globale de sa situation. Ce projet est réévalué en équipe pluridisciplinaire à périodicité définie en fonction des spécialités. Des staffs quotidiens et hebdomadaires pluriprofessionnels et la coordination de la prise en charge au sein des différents secteurs concourent à la qualité de la mise en œuvre des projets de soins. Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge. Les équipes maitrisent les risques liés à leurs pratiques et, dans le cadre de la gestion des infections associées aux soins, une équipe opérationnelle d'hygiène est constituée et bien connue des professionnels de terrain. Elle s'articule autour de correspondants hygiène dans les différents services. Les procédures et protocoles sont disponibles sur la gestion documentaire informatisée (service pilote dans la GED). Des audits sont réalisés dans les différents champs de l'hygiène hospitalière (questionnaire Lavage des mains, Surveillances nationales dont spares, ISO, spicmi, pose dispositifs invasifs, sondage urinaire, etc.). Des actions lors des journées hygiènes des mains sont organisés. Les professionnels de terrain connaissent les précautions complémentaires. Le matériel est à disposition (EPI, console, affichage, etc.). Des référents hygiène sont identifiés dans les services (IDE et AS/service) avec projet de faire des formations spécifiques en interne pour favoriser la communication sur la prévention des IAS. Le secteur d'endoscopie réalisé sur Amboise bénéficie d'une proximité des lieux (traitement, salle dédiée, bloc) avec une seule salle pour le traitement des endoscopes, aérée et spacieuse. Les endoscopes bronchiques et gastriques sont traités de manière manuelle et sans enceinte de stockage. Pour l'activité en urologie, il est utilisé de l'usage unique. Les protocoles sont disponibles dans la salle de traitement. La salle est aérée, spacieuse et le circuit propre sale est respecté. Le traitement, la traçabilité et la gestion du suivi du parc des endoscopes est assurée et chaque endoscopie bénéficie d'un classeur comme cahier de vie pour son suivi. Le risque ATNC est systématiquement évalué avant utilisation. Les prélèvements de microbiologie sont réalisés et suivis notamment pour les boites de rangement des endoscopies. Un COPIL endoscopie est en place pour suivre la démarche qualité sur ce secteur à risque ainsi que les possibles investissements à réaliser (parcs, matériel de traitement automatisé, etc.). Des audits sont réalisés sur la thématique du risque infectieux au niveau institutionnel mais il n'existe pas d'évaluations réalisées spécifiquement en endoscopie hormis la participation à un questionnaire sur l'hygiène des mains. Dans le cadre du développement récent et de l'appropriation en cours du nouveau DPI, l'informatisation des prescriptions n'est pas réalisé pour le dossier anesthésie, bloc et SSPI n'est pas réalisée. Il est constaté que les prescriptions ne disposent pas de tous les éléments obligatoires et notamment la posologie. Les précautions complémentaires contacts sont mises en place pour les patients porteurs de BMR dans le service de SRR. Un affichage sur la chambre est en place avec la mise à disposition de l'ensemble des EPI. Des fiches d'information sont distribuées aux patients le cas échéant. Cependant, il est constaté qu'en SSR, les PCC ne sont pas prescrites par le médecin. Les praticiens

se réfèrent à des recommandations et si besoin, des avis d'infectiologues sont accessibles. Des évaluations régulières des pratiques en antibiothérapie sont organisées par la commission des anti-infectieux et les modalités de réévaluation des prescriptions d'antibiotiques entre la 24ème et la 72ème heure sont mises en place. Le CHIC dispose d'une seule PUI située à Amboise. Une logistique est en place pour approvisionner les services de Château Renault. La prescription est informatisée pour tous les services, hormis le dossier d'anesthésie, SSPI et bloc, avec un nouveau DPI dont le déploiement vient d'être terminé en juillet 2022 pour le dernier service et l'IDE dispose de la liste des médicaments pouvant être écrasés. Les protocoles sont disponibles dans la GED informatisée. Les professionnels connaissent les modalités d'approvisionnement pour un besoin urgent en dehors des heures d'ouverture de la PUI. La délivrance est globale pour tous les services sauf pour le SSR (nominatif manuel hebdomadaire) ainsi qu'une liste de médicaments définie. Les lieux de stockages sont sécurisés (digicode) ainsi que les chariots. Toutefois, en chirurgie, les conditions de stockage des produits thermosensibles ne sont pas toujours respectées et il n'existe pas de séparations entre les médicaments dans les réfrigérateurs. Un livret d'accueil sous format triptyque est délivré aux nouveaux arrivants concernant la PEC médicamenteuse. Les équipes maitrisent partiellement l'utilisation des médicaments à risque. Une liste des médicaments à risque a été révisée en septembre 2019 et affichée dans tous services. Cependant, elle est commune pour l'ensemble des services, de la psychiatrie, urgences ou gériatrie sans appropriation par les professionnels de terrain et ne concerne que 8 médicaments (ou classe) dont du paracétamol 500 mg injectable. Les professionnels ne savent pas expliquer pourquoi ces médicaments sont identifiés. La psychiatrie n'est concernée que par les anticoagulants directs oraux. Tous les services sont concernés pour du paracétamol injectable 500mg injectable non compris de tous. Il est prévu d'adapter cette liste en fonction de certains pôles. Un logo MAR apparait sur le plan d'administration pour certains médicaments à risque mais pas la morphine injectable comme constaté en chirurgie lié au changement de DPI. Le paramétrage des protocoles est en cours avec reprise de ceux dans l'ancien DPI. Le stockage des médicaments à risque n'est pas toujours sécurisé (ex.: . stock important de KCL à risque est disponible dans le casier hors dotation injectable, avec des ATB injectable et sans l'identification de médicament à risque, aux urgences, dans le réfrigérateur, les médicaments dont ceux du chariot d'urgence et médicaments à risque ne sont pas dans des casiers identifiés). Le stockage des médicaments thermosensibles n'est pas toujours respecté. En SSR, la traçabilité de la température des réfrigérateurs n'est pas réalisée depuis avril 2022 et en MPR, de nombreuses journées avec une température à 0°C sans actions alors qu'il est affiché sur le réfrigérateur que la température doit être entre 2 et 8°C. Les dotations, bien rangées, sont gérées en plein vide avec un réapprovisionnement programmé sur la semaine. Chaque médicament dispose de son compartiment étiqueté de façon réglementaire. Un cahier est mis en place dans les services permettant de tracer le contrôle aléatoire des piluliers préparés par les IDE ainsi que le contrôle de l'armoire dont les péremptions. Pour l'approvisionnement des dotations, la livraison est sécurisée dans des armoires fermées avec séparateurs entre les médicaments. Pour les injectables, des étiquettes sont disponibles et utilisées pour identifier les préparations injectables. Une stratégie de l'analyse pharmaceutique est validée avec quotidiennement l'analyse des prescriptions de tous les ATB, médicaments à risque, patient moins de 16 ans, les médicaments hors livret et pour les patients insuffisants rénaux. Chaque service de soin dispose d'un pharmacien référent. Une stratégie de la conciliation médicamenteuse a été formalisée priorisée sur le service de Chirurgie pour les patients passant par les urgences avec plus de 5 médicaments et plus de 65 ans. En chirurgie, le bilan thérapeutique des traitements n'est pas tracé dans le dossier du patient au jour de la sortie et n'est pas intégré dans la lettre de liaison. Par ailleurs, l'équipe n'applique pas toujours les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie avec par exemple l'absence de prescription par l'anesthésiste en consultation (le protocole des recommandations de la SFAR fait office de prescription pour cet acte). Il n'a pas été retrouvé de prescription d'antibioprophylaxie dès la consultation pré anesthésique ou préopératoire dans le dossier du patient ni sur le support papier, ni dans le DPI et ce pour les 5 dossiers choisis. Les équipes chargées du transport des patients en intra hospitalier sont formées et impliquées, ces acteurs s'assurent des conditions de sécurité et de confort des patients. Toutefois, la traçabilité de la fonction brancardage repose sur des livrets papier non informatisés

ce qui ne facilite pas l'évaluation et l'optimisation de la mission. Les analyses des résultats cliniques ne sont pas encore mises en valeur et ne se traduisent pas par des plans d'actions d'amélioration associés. L'analyse collective des résultats d'indicateurs par les équipes, dans l'objectif d'identifier des axes de progrès et de concevoir des actions d'amélioration, mérite d'être renforcée. Les équipes connaissent le résultat des IQSS affichés dans leur service mais ne connaissent pas d'actions d'amélioration en cours. Il n'existe pas de revues régulières de ces IQSS en équipe en lien avec les résultats de leur service. Et ces actions ne sont pas connues des professionnels en MPR, Urgences, Chirurgie. Les équipes rencontrées connaissent les représentants d'usagers mais n'ont pas connaissance des recommandations établies par la commission des usagers. Les FEI sont connues et partagés (SAU et imagerie) mais les professionnels n'ont pas participé à des CREX et aucun plan d'action relatif aux FEI est suivi. Un CREX pour les urgences est programmé fin septembre. En psychiatrie, les événements indésirables font l'objet d'une analyse collective au cours de CREX avec mise en place d'actions d'amélioration. Par exemple, la survenue de fausses routes a mené à une réflexion sur la texture des repas. Une adaptation de la texture du repas est proposée de manière ponctuelle pour les patients dont l'état clinique est provisoirement altéré du fait de l'introduction d'un traitement neuroleptique par exemple, et ce, afin d'éviter le recours à un régime mixé systématique, moins appétant pour les patients. En chirurgie complète, l'équipe ne peut pas présenter de démarche d'évaluation (sur un échantillon de patients) des résultats cliniques de ses patients sur une prise en charge sur laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration (évaluation des pratiques professionnelles). Sur ce secteur, l'équipe ne réalise pas d'analyse régulière des pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins. Les équipes rencontrées n'ont pas participé à une RMM ou un CREX en 2022. En chirurgie ambulatoire, la sortie se fait sur la base du score de Chung, le personnel n'a pas eu un temps dédier à la formation de cette évaluation chiffrée. Il n'existe pas de protocole dans le service Ambulatoire qui encadre l'utilisation de ce score, la limite base n'est pas clairement identifiée. Les équipes ne recueillent pas leurs indicateurs qualité et sécurité des soins, seulement des indicateurs de l'établissement. Les représentants des usagers na participent pas à la campagne de recueil de la satisfaction et de l'expérience du patient. Via le service qualité, les équipes analysent régulièrement leurs pratiques en s'appuyant sur les déclarations des événements indésirables associés aux soins (EIAS). Ces analyses reposent sur la méthode d'analyse systémique des causes ALARM (Association of Litigation and Risk Management). L'équipe met en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à la suite des analyses.

Chapitre 3 : L'établissement



86%

du score maximal

Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	91%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	85%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	84%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	75%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	91%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	85%

Le Centre Hospitalier Intercommunal d'Amboise Château-Renault (CHICACR) est un établissement public de santé qui assure une mission sanitaire de proximité, sur une zone d'attractivité représentant un bassin démographique de 50 000 personnes, autour de ses deux implantations historiques. Le CHICACR recrute en large couronne de Tours et dans le Loir-et-Cher, le long de la vallée du cher et au-delà de Montoire. Il bénéficie

de la proximité de l'agglomération tourangelle et d'un partenariat fort avec le CHRU de Tours, ce qui contribue à rendre la tension sur la démographie médicale relativement moins forte que dans les autres établissements de la région. Le CHICACR propose une offre variée tant en matière sanitaire intervenant en médecine et chirurgie, mais aussi en SSR et en psychiatrie, que médico-social. L'établissement, quoiqu'ayant une vocation forte en médecine à dominante gériatrique, propose un certain niveau de spécialisation et de nombreuses prises en charge répondant aux principaux besoins de la population locale. Le CHICACR s'inscrit dans le Projet Médical Partagé du GHT Touraine - Val de Loire élaboré en 2016- 2017. Au travers de cette démarche collective le CHICACR s'intègre aux filières de prise en charge en participant notamment à la fluidification, diversification des parcours de soins et l'adaptation de l'offre de soins à la personne âgée. Le CHICACR est un hôpital à vocation de proximité indéniable avec une offre de soins variée à orientation gériatrique. Le CHIC ACR, issu du regroupement en 1993 des hôpitaux d'Amboise et de Château - Renault, est caractérisé encore aujourd'hui par une implantation multisite. Il offre une variété de prestations de soins et une capacité de prise en charge de cas relativement sévères. Son activité est conçue dans une logique de filière, est à dominante gériatrique et orthopédique. L'activité de soins est répartie sur deux sites: celui d'Amboise regroupant notamment le plateau technique, les urgences, la chirurgie et la psychiatrie et celui de Château-Renault qui a une orientation gériatrique, de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie plus marquée. Les instances de gouvernance participent au pilotage de l'établissement et, dans ce cadre, la participation des usagers est à la fois active et constructive. A ce jour, l'hôpital ne dispose toujours pas de projet d'établissement réactualisé s'appuyant sur sa participation à la mise en œuvre du Projet Médical Partagé (PMP) du GHT. Le CHICACR participe à l'animation sanitaire du territoire et se trouve très engagé dans des partenariats territoriaux. Faisant preuve de leadership, la gouvernance (direction et CME) du CHIC favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire et les orientations définies sont marquées par la position de l'institution sur des modalités de coordination centrées sur la participation active à la CPTS et la mise en œuvre d'équipes mobiles internes et externes. De nombreuses coopérations institutionnelles sont mises en œuvre. L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM) et participe au Contrat Local de Santé. Au travers de ses organisations, le CHICACR vise à améliorer la fluidité des parcours des patients dans le cadre de l'hospitalisation non programmée, avec une montée en charge progressive sur l'activité programmée. Elle s'articule de manière effective avec les unités de soins de l'établissement et les structures du territoire. Les urgences ont développé des liens proches avec la médecine de ville et chaque compte rendu des urgences est envoyé au médecin traitant par messagerie sécurisée. En psychiatrie, le CHICACR déploie en lien avec les partenariats externes un projet médical ambitieux encourageant le développement de l'ambulatoire, les prises en charge à domicile et la fluidification des parcours. Dans ce cadre, il contribue à prévenir les passages évitables des personnes âgées aux urgence avec notamment une réponse en continue de spécialistes sur ce domaine. Un partenariat existe entre la médecine de ville et le service de psychiatrie, existant de longue date et formalisé depuis 18 mois, permettant aux médecins généralistes de ville de prendre des avis, notamment pour une aide à la prescription et pour poser les indications des modalités de prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation. Dans le service de médecine polyvalente à orientation gériatrique, 57% des admissions sont directes. Les médecins traitants peuvent joindre un médecin du service sur un téléphone de régulation. Un tableau situé dans le poste de soin permet la planification des entrées. Le dossier médical partagé est déployé en lien avec le nouveau DPI compatible mais celui-ci n'est que très peu utilisé ni connu des professionnels rencontrés. L'établissement n'est pas investi de missions universitaires et, sur ce domaine, il n'a pas encore mis en œuvre la promotion de la recherche clinique en son sein en lien avec les autres acteurs du territoire. Par ailleurs, la gouvernance du CHICACR 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, les représentants et les associations d'usagers. Dans ce cadre, le CHICACR veille particulièrement à la bientraitance au travers d'une communication centrée sur le patient. La CDU est effective. Un des représentants des usagers formé est particulièrement associé à de nombreuses instances et groupes de

travail. Leur implication est recherchée. Un livret d'accueil en braille a été travaillé en plus de la liste des personnes du CHIC pouvant faire interprète. Le CHICACR favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement. Un retour d'information du suivi du traitement est réalisé dans le logiciel informatisé. Les RU sont informés des EIG et du bilan annuel des EI. Des professionnels sont formés à la méthode d'analyse des causes profondes et des CREX sont organisés et le suivi de traitement de chaque EI est tracé dans le logiciel informatisé. Le questionnaire et les résultats e-Satis ne sont pas connu des soignants rencontrés.
L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage. L'établissement veille également à la bientraitance en prônant la bienveillance dans ses valeurs et en menant des actions de sensibilisation et de formation auprès de toutes les catégories de professionnels. La gouvernance veille au respect des droits, de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité, et de la relation d'aide et de soutien vis-à-vis des patients et de leur famille, y compris en période de tensions hospitalières. Le respect des patients et de leurs proches est promu et partagé au sein des équipes. Les professionnels, sensibilisés, appliquent sur le terrain des mesures concrètes visant à lutter contre la maltraitance ordinaire. En favorisant leur détection, les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge ces situations et sont sensibilisés aux risques associés, notamment pour les personnes fragiles ou potentiellement exposées (violences conjugales, enfants, etc.). La gouvernance fonde son management sur la qualité et la sécurité des soins. Dans ce cadre, le CHICACR a formalisé sa politique qualité, gestion des risques dans le respect des textes règlementaires. le CHIC Amboise Château-Renault a fait évoluer son dispositif de gestion des risques qui repose désormais sur une revue périodique des événements indésirables dans les unités de soins sous la coordination du service qualité et gestion des risques. Le service qualité et gestion des risques s'appuie également sur les retours de la coordination des vigilances règlementées dans l'établissement et les résultats des différents retours d'expérience (CREx et/ou RMM) menés. Dans le cadre de sa démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le Service Qualité et Gestion des Risques pilote la démarche de maîtrise des risques dans les structures d'activité clinique et médico-technique en travaillant en étroite avec les comités /instances spécialisés (Equipe Opérationnelle d'Hygiène, Comité des Anti- Infectieux, comité de sécurisation du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse, Commission Des Usagers, Commission des Soins Infirmier de Rééducation et Médico-Technique, Commission Médicale d'Etablissement, cellule d'identitovigilance, Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance). Au travers de cette structuration de la démarche de maîtrise des risques, le CHIC Amboise Château-Renault articule sa politique de gestion des risques autours de la prévention primaire et secondaire des risques. Le Service Qualité et Gestion des Risques de l'établissement est chargé de regrouper l'ensemble des risques et des écarts identifiés selon différentes méthodes dans le cadre d'une cartographie globale des risques donnant une vision systémique des risques sur le CHIC Amboise Château-Renault. Le dispositif de gestion des risques du CHIC Amboise Château-Renault intègre la formation des équipes (cadre de santé, référents qualité risques et auditeurs internes) aux méthodes et outils d'identification, d'analyse, d'évaluation, de traitement et suivi des risques inhérents à l'organisation, au fonctionnement et aux pratiques professionnelles dans les structures et activités de l'établissement. Avec une forte participation de la Direction, de la CME et de la Direction des Soins, la démarche qualité gestion des risques est appréhendée de façon transversale, partagée et respectée par le personnel qui fait preuve de maturité et d'une implication certaine dans le pilotage de leurs processus. Toutefois, la culture sécurité des professionnels n'a pas fait l'objet d'une évaluation. La gouvernance pilote l'adéquation des compétences et des temps de présence des professionnels nécessaire à la bonne réalisation des activités et s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement, y compris en période de tensions liées aux flux de patients et/ou aux absences des professionnels. Les activités de soins mobilisées sur les pôles du CHICACR nécessitant une forte cohésion et une coordination efficace des équipes, la gouvernance impulse et soutient le travail en équipe bien que les responsables d'équipe ne bénéficient pas de formations de perfectionnement et de renforcement en management. Les organisations, la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permettent un travail d'équipe. Les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les

compétences des professionnels, régulièrement évaluées pour mettre en œuvre les actions utiles de formation et de développement professionnel continu. L'établissement favorise également le développement des compétences. Dans ce cadre, la politique RH s'inscrit dans la recherche collective d'efficience et de soutien aux équipes intégrant la gestion et l'intégration des remplaçants et des nouveaux arrivants. L'investissement de l'encadrement et la dynamique instaurée au sein des différentes équipes est une réalité et une ressource précieuse qui se traduit au travers de plusieurs indicateurs sur la performance en ressources humaines. Cependant, les actions concrètes du programme qualité ne sont pas connues. Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences ne sont pas proposés aux professionnels rencontrés et les programmes d'accréditation en équipes ou PACTE ne sont pas connus. A noter qu'en chirurgie ambulatoire, des revues régulières des indicateurs qualité et sécurité des soins sont réalisées en équipe et impliquent l'ensemble des acteurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) est maitrisée et s'appuie sur les structures régionales. Les objectifs du CHICACR, établissement de santé de seconde ligne, pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle sont conformes au plan ORSAN élaboré par l'ARS. La crise sanitaire a montré la capacité de l'établissement à adapter en permanence ses organisations et ses ressources, à fédérer les professionnels et travailler en lien avec ses partenaires, la ville et son territoire. Le plan blanc est actualisé et la réception des alertes est assurée par courrier électronique 24h/24h. Quelque actions concrètes soulignent l'intérêt du CHICACR pour la démarche de développement durable Cependant, le plan de maîtrise des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement n'a pas été formalisé. La prise en charge des urgences vitales est organisée avec un numéro d'appel direct unique affiché dans tous les secteurs. La procédure de gestion des urgences intra hospitalières est connue des professionnels. Le matériel est disponible (chariots, Défibrillateur Semi-Automatique DSA, etc.) et vérifié. Le plan de formation aux gestes d'urgence est établi et déployé et des exercices sont organisés. Tous les personnels concernés ne sont pas à jour de cette formation mais, des exercices de simulation /mises en situation sont organisés pour les professionnels des Urgences sur l'arrêt cardio respiratoire et au sein du secteur de l'imagerie (avec CHU Tours). Le chariot d'urgence est vérifié périodiquement avec une traçabilité informatique dans tous les services. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. Des audits sont régulièrement réalisés dans l'ensemble des secteurs cliniques, les événements Indésirables (EI) sont exploités et des axes de progrès sont identifiés et déclinés en plans d'action. Toutefois, les indicateurs traduisant l'efficacité de la mise en œuvre des actions de réduction des risques ne sont pas connus par l'ensemble des professionnels. Les EIG sont déclarés au travers du nouveau logiciel déployé et bien connu des acteurs. Les vigilances sont pilotées et coordonnées. En dehors de quelque actions concrètes en psychiatrie, la prise en compte du point de vue du patient dans la démarche d'amélioration continue de la qualité n'est pas déployée sur le PAQSS. Par ailleurs, l'établissement n'a pas déployé les revues de pertinence des pratiques. Le CHICACR dispose d'un management des ressources humaines médicales et non médicales performant qui combine une gestion pragmatique à un dialogue de gestion efficace sur la base d'un dialogue social réel et constructif. Dans ce cadre, la Qualité de Vie au travail (QVT) est un des axes inscrits au projet social de l'établissement. Cette approche est partagée avec la dynamique de l'encadrement et des partenaires sociaux impliqués. Toujours dans une optique de réponse pragmatique, la direction des ressources humaines travaille, en partenariat avec l'ensemble des acteurs de l'établissement, à l'amélioration continue des conditions de travail. Au-delà, plusieurs mesures récurrentes en faveur de l'amélioration des conditions de travail sont déployées en matière de prévention des risques psychosociaux ou de la violence avec de nombreuses actions de formation ou d'accompagnement aux formats variés tels que l'animation de groupes de paroles, le recours à des prestataires externes dont l'objectif est la résolution de conflit ou l'accompagnement managérial. Les personnels ont connaissance des possibilités de soutien en cas de difficulté ou de conflit médecine du travail, psychologue, assistant social et les équipes décrivent une facilité à trouver du soutient en cas de souffrance, de difficulté ou de conflit. Des dispositifs d'écoute sont en place et connu de tous. La politique en matière de ressources humaines, les mesures d'amélioration des conditions de travail et leur impact positif en termes

d’absentéisme ainsi que le pilotage des organisations renforcent le sentiment d’appartenance des professionnels à l’établissement. Cette culture a permis au CHICACR d'être très réactif dans le cadre de la gestion de la crise Covid.

Table des Annexes

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

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	370000564	CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL AMBOISE CHATEAURENAULT	Rue des ursulines Bp 329 37403 Amboise FRANCE
Établissement principal	370000580	CENTRE HOSPITALIER INTER-COMMUNAL - SITE CHATEAU-RENAULT	66 boulevard jules joran 37110 CHATEAU RENAULT FRANCE
Établissement géographique	370000879	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL - SITE AMBOISE	Rue des ursulines Bp 329 37403 Amboise Cedex FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	2,716
Nombre de passages aux urgences générales	17,039
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	96
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	25
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	1
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	2
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	5
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	5
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	53
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	2
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	4
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	62
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	2
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	50

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	50
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	30
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	30
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	1
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	2
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	5,461
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	15,353
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	20,814
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	4
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions complémentaires avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
2	Audit système	Entretien Professionnel		
3	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à dispositon par l'ES en visite
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Endoscopie
6	Audit système	QVT & Travail en équipe		
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Psychiatrie et santé mentale Pas de situation particulière Programmé	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire	

9			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
10	Audit système	Entretien Professionnel		
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète Programmé	

17	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
18	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Patient âgé Adulte Pas de situation particulière Programmé	
19	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient âgé Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer Patient âgé Urgences Adulte Hospitalisation complète	
	Parcours traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient atteint d'un cancer	

21			Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique SAMU-SMUR Soins de suite et réadaptation Urgences Adulte Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	
22	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché
24	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		antibioprophylaxie
25	Traceur ciblé	Accueil non programmé		SMUR
26	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
27	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de précarité Psychiatrie et santé mentale Adulte Hospitalisation complète Programmé	
28	Audit système	Entretien Professionnel		

29	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
31	Traceur ciblé	Prélèvement et greffe d'organes et de tissus		NA
32	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os ou injectable
33	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à dispositon par l'ES en visite
34	Audit système	Dynamique d'amélioration		
35	Audit système	Maitrise des risques		
36	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Psychiatrie et santé mentale Adulte Pas de situation particulière Programmé	
37	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Adulte Médecine Hospitalisation complète	

			Programmé	
38	Audit système	Représentants des usagers		
39	Audit système	Leadership		
40	Audit système	Engagement patient		
41	Audit système	Coordination territoriale		
42	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
43	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
44	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Chirurgie et interventionnel Adulte Pas de situation particulière Programmé	
45	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Maladie chronique Médecine Pas de situation particulière Hospitalisation complète	

			Programmé	
46	Patient traceur		Tout l'établissement Chirurgie et interventionnel Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Programmé	
47	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Le type de produit est laissé à l'appréciation de l'EV
48	Traceur ciblé	Accueil non programmé		Urgences

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

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Développer la qualité dans le champ
sanitaire, social et médico-social

© Haute Autorité de santé – Novembre 2022