

Commissions des Usagers du CHU de Poitiers

BILAN 2025

Le CHU de Poitiers dispose de **deux commissions des usagers** répondant aux exigences des articles R112-79 à R112-94 du code de santé publique. Les commissions des usagers se réunissent deux fois par an en commission plénière.



De qui est-elle composée ?

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet
- Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé selon les conditions prévues à l'article R. 1112-83

A quoi sert-elle ?

- Veiller au respect des droits des usagers
- Contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.
- Etablir du lien entre les associations d'usagers, les patients et les professionnels

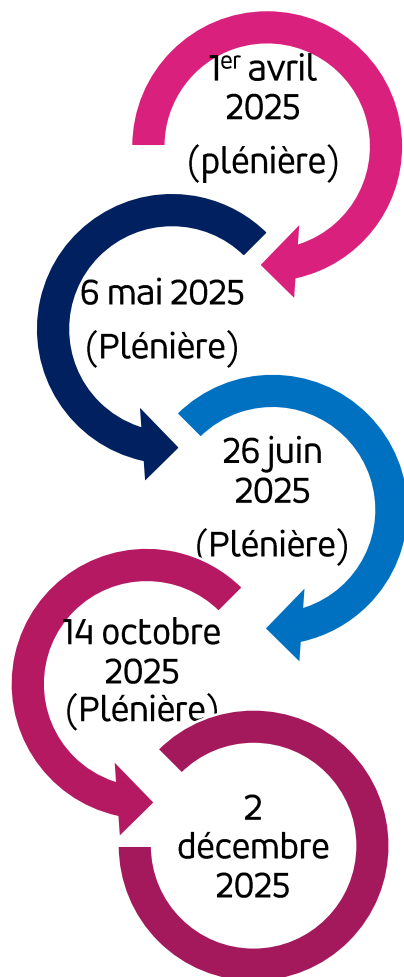
Quels sont les sujets évoqués ?

- L'ensemble des plaintes et des réclamations des usagers
- Les événements indésirables survenus sur les différents pôles
- Les différentes actions qualité menées au sein des pôles
- L'ensemble des recours indemnitaires demandés par les usagers ainsi que le nombre de demandes de dossiers médicaux
- Les propositions de projets pour l'ensemble de l'établissement

Composition de la Commission du CHU de Poitiers

Sites de la Milétrie, Montmorillon, Lusignan

Réunions de la Commission des usagers



Le Président
Représentant des usagers



M. BOUCHET

Le Vice-Président
Représentant légal de
l'établissement

Mme COSTA

Le Président
de la CME

Pr CORBI

Le représentant du personnel

Mme LOUIS

Les représentants des usagers

Titulaire	Suppléants	Invités
Mme BOULIN	Mme ROY	- Représentants des usagers de pôle - Collectif patients partenaires

Les médiateurs médecins

Pr BECQ-GIRAUDON
Dr MONTAZ

Les médiateurs non médecins

Mme PLUMEREAU
Mme SURY

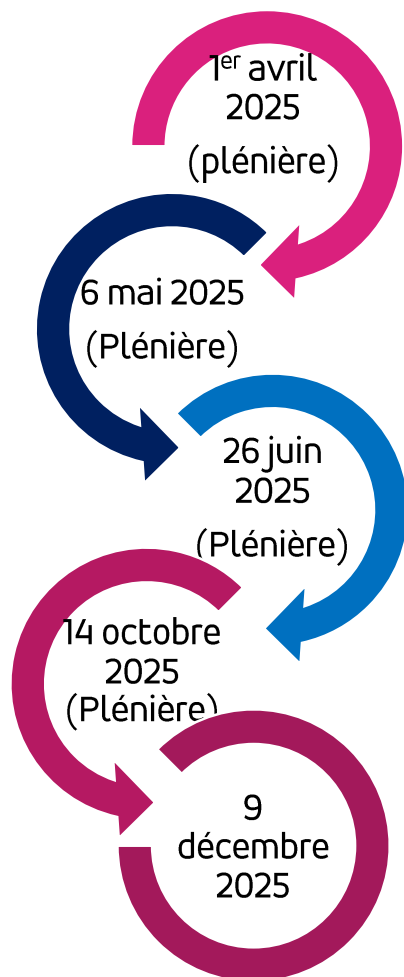
Taux de participation

- ❖ Représentants des usagers : 95%
- ❖ Membres de la CDU : 52%

Composition de la Commission du CHU de Poitiers

Sites de Châtellerault, Loudun

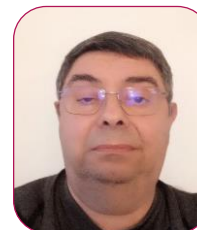
Réunions de la Commission des usagers



Taux de participation

- ❖ Représentants des usagers : 66%
- ❖ Membres de la CDU : 53%

Le Président Représentant des usagers



M. FERNANDEZ-LOPEZ

Le Vice-Président Représentant légal de l'établissement

M. GUIVARC'H

Le Vice-Président de la CME

Dr. JOSSART

Le représentant du personnel

Mme BEAU

Les représentants des usagers

Titulaire

M. ROMAND

Suppléants

M. BERTON
M. FERRE

Invité

- Représentants des usagers de
pôle
- Collectif patients partenaires

Les médiateurs médecins

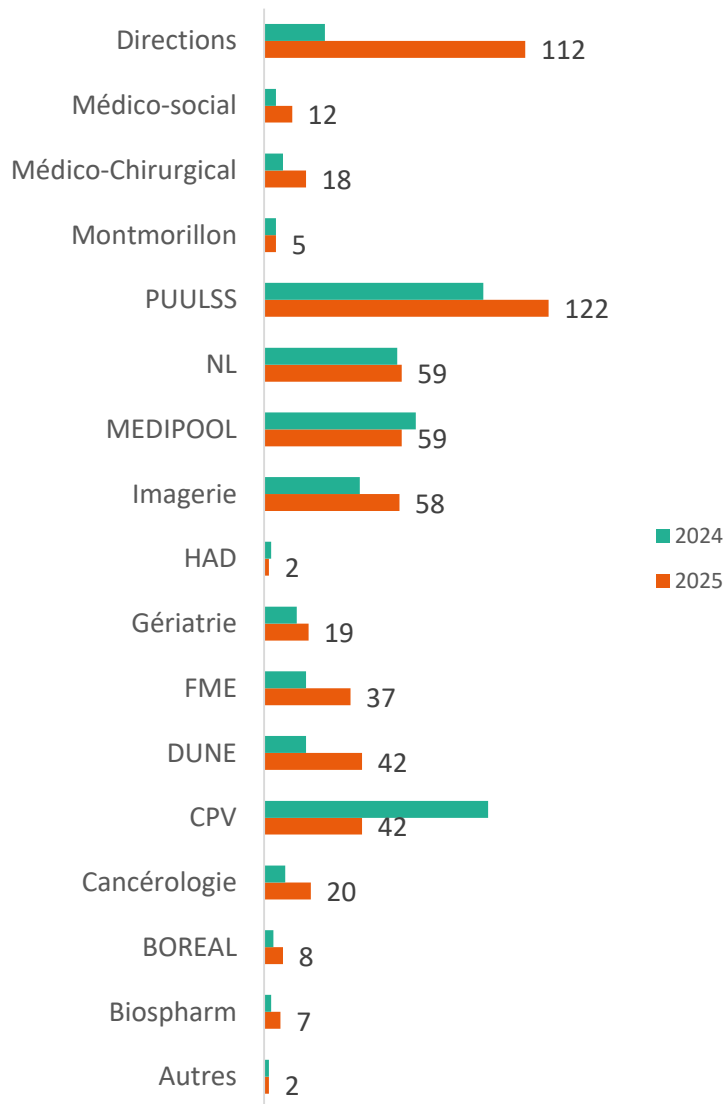
Dr EL-BADRI
Dr GHAZALI

Les médiateurs non médecins

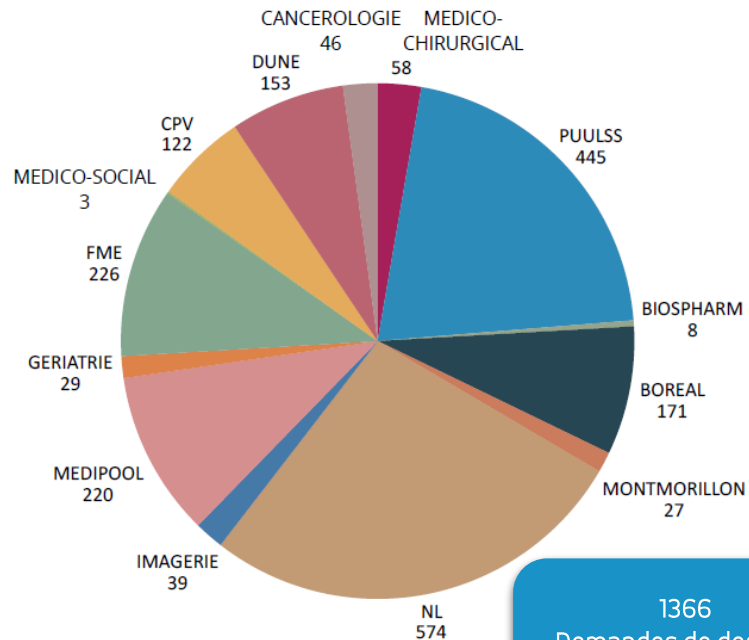
Mme CADET

Plaintes et dossiers médicaux

Plaintes/réclamations



Dossiers médicaux



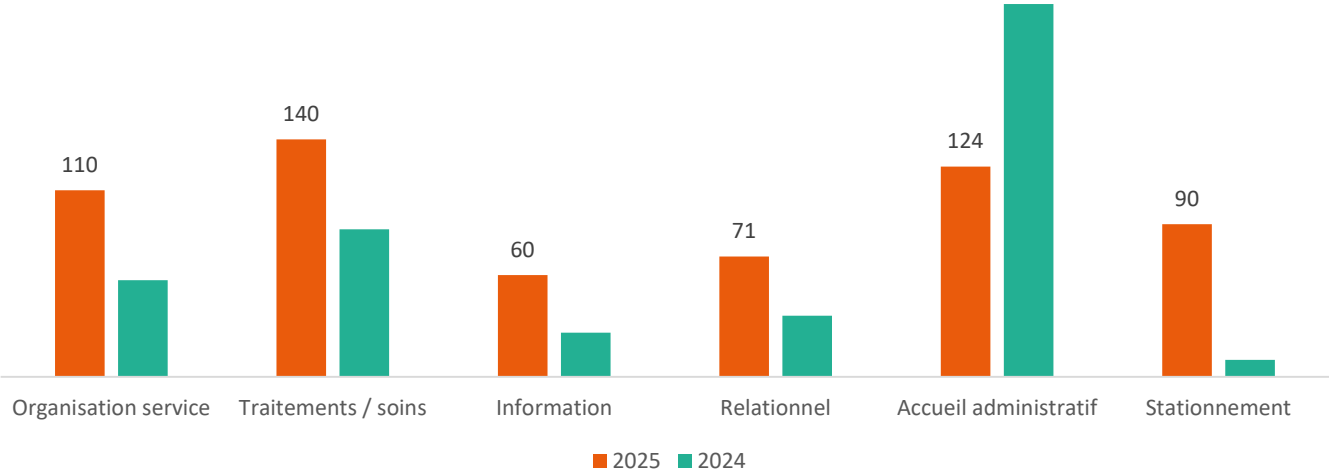
Délai moyen de communication des dossiers médicaux de moins de 5 ans :
9,4 jours
(2024 : 3,4 jours)

1366
Demandes de dossiers médicaux
(1469 en 2024)

561
Plaintes
(427 en 2024)

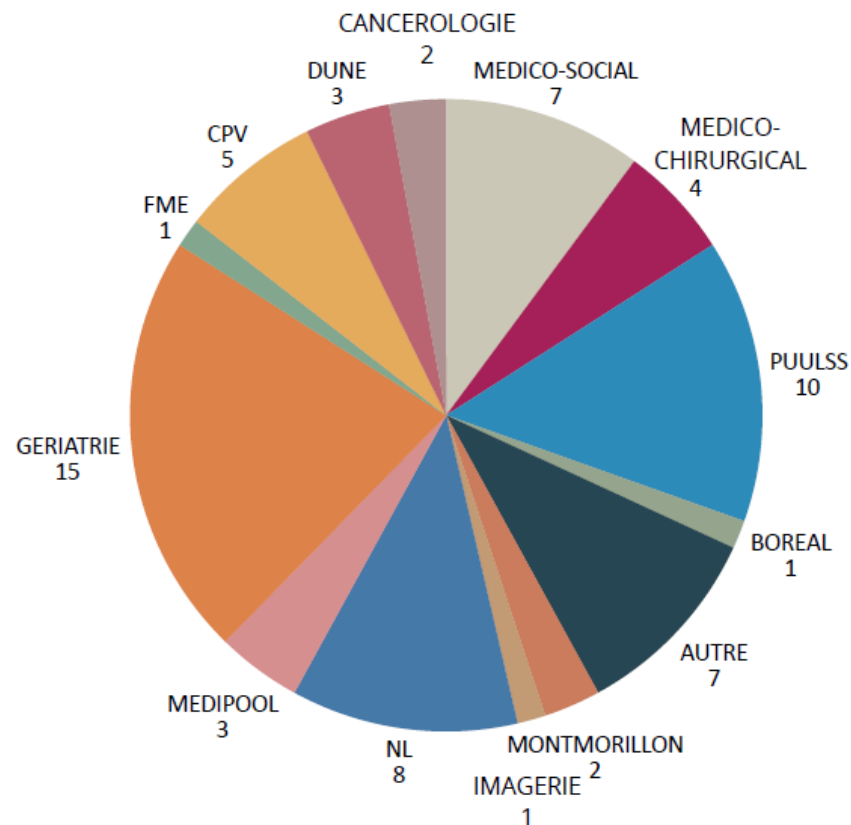
Médiations/rencontres
18 rencontres proposées,
14 rencontres réalisées
(7 en 2024)

Les principaux motifs de plaintes invoqués :



Quelques actions issues des plaintes	Etat d'avancement
Problématiques d'accès: - éclairage parvis Jean Bernard la nuit / accès moto aux parkings (sortie) - Chaussée déformée dans une allée du parking JB ayant entraîné des chutes => travaux réalisés dans l'allée suite aux signalement des usagers - Direction de site Châtellerault: ajout de places de stationnement supplémentaires devant le bâtiment B (Handimed)	Terminé
Plaintes ayant donné lieu à un RETEX/RMM: 5	4 terminées + 1 en cours
Urgences pédiatriques: problématique procédure de signalement => Sensibilisation de l'équipe de pédiatrie par un médecin légiste à la procédure à suivre en cas de signalement et sur les aspects médico-légaux à respecter - Achat de poubelles adaptées aux couches	Terminé
Délai de prise en charge aux urgences pour un patient atteint de drépanocytose: Protocole de prise en charge et accueil des patients atteints de cette pathologie revu	Terminé
Hématologie, erreur de prescription: Débriefing proposé par la gestion des risques au prescripteur	En cours

LES RECOURS MATÉRIELS



TYPE DE GRIEF

Dégradation de véhicule

5

Perte/ Détérioration
prothèse auditive

6

Perte/ Détérioration
appareil dentaire

16

Perte/ Détérioration
lunettes

7

Perte/ Détérioration
effet personnel

34

Remboursement frais
de déplacement

1

69
dossiers en cours
(80 en 2024)

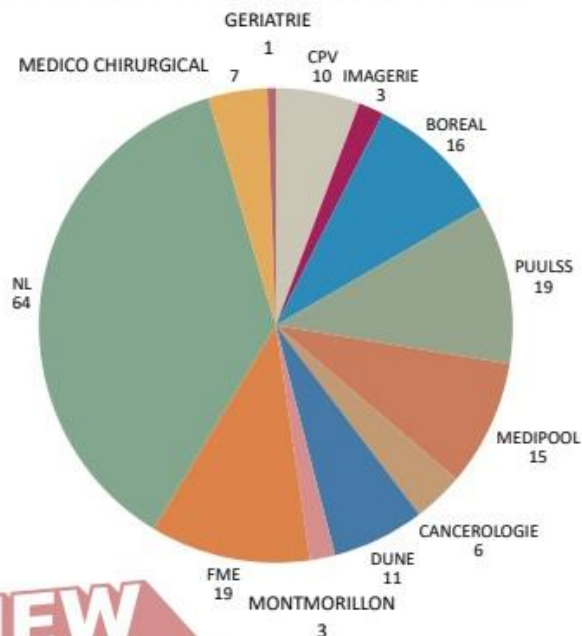


Sur l'institution 51% des dossiers clôturés donnent lieu à une indemnisation.

Le total des indemnisations versées au titre des recours matériels s'élève à 16128.72 € (12 355.66 € en 2024)

LES RECOURS CORPORELS

ÉTAT DES LIEUX DES DOSSIERS EN COURS

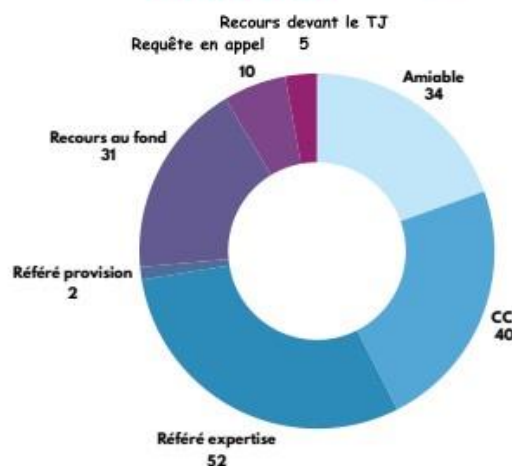


NEW
69 dossiers ouverts
en 2025 (65 en
2024)

TYPE DE GRIEF



TYPE DE PROCEDURE



174
dossiers en cours
(165 en 2024)

DOSSIERS CLOS EN 2025

NL
115 020.33 €

PUULSS
42 988,16 €

FME
36 195 €

BOREAL
9 800.94 €

MEDIPOOL
12 692 €

CPV
3 582.74 €

Associations

Espace des Usagers de Jean Bernard



Espace des Usagers Châtelleraut



Bureau des Usagers Loudun



Espaces des Usagers Montmorillon



Associations présentes

France AVC

France Psoriasis

FNATH – Fédération nationale des accidentés de la vie

CIRDA – Cellule d'information et de recueil des directives anticipées

CISIC – Centre d'information sur la surdité et l'implant cochléaire

UDAF – Union départementale des associations familiales

APLMV – Association des laryngectomisés et mutilés de la voix

AFTC – Association des traumatisés crâniens

APCLP – Association des patients atteints d'un cancer localisé de la prostate

IMAGYN – Initiative des malades atteints d'un cancer gynécologique

SOELIFA – médiation familiale

France Alzheimer

CIRDA – Cellule d'information et de recueil des directives anticipées

AFD86 – Fédération Française des diabétiques

APCLP – Association des patients atteints d'un cancer localisé de la prostate

FNATH – Fédération nationale des accidentés de la vie

CIRDA – Cellule d'information et de recueil des directives anticipées

APCLP – Association des patients atteints d'un cancer localisé de la prostate

France Alzheimer

CIRDA – Cellule d'information et de recueil des directives anticipées

APCLP – Association des patients atteints d'un cancer localisé de la prostate

FNATH – Fédération nationale des accidentés de la vie

France Parkinson

Ligue contre le Cancer

ELLYE – Ensemble Leucémie Lymphome Espoir



Certification HAS

Echanges avec le collectif patients partenaires

Expérience patient

Projet des secrétariats médicaux

Projet de signalétique en gériatrie

Activités des associations

Satisfaction

HAD

Note globale de satisfaction
9,5/10 ↑

Centre d'Explorations et Thérapeutiques Interventionnelles

Note globale de satisfaction
9,3/10 ↓

EHPAD-USLD

Note globale de satisfaction
7,9/10 ↑

Néonatalogie / Réanimation néonatale

Note globale de satisfaction
9,1/10 ↑

E-SATISHAS

MCO

Milétrie

74,59/100 ↑ (B)

Montmorillon

76,41/100 ↓ (B)

Châtelleraut

74,8/100 ↑ (B)

Loudun données insuffisantes

MCOCA

Milétrie

78,58/100 ↑ (B)

Montmorillon

84,1/100 ↑ (A)

Châtelleraut

81,94/100 ↑ (A)

SSR

Milétrie

74,66/100 = (B)

Montmorillon – Lusignan

données insuffisantes

Châtelleraut – Loudun

données insuffisantes

Urgences Adultes (Milétrie)

Note globale de satisfaction (qualité
des soins)
7,3/10 ↑

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

- ❖ 759 questionnaires retournés ↓
- ❖ 97% des patients recommandent le CHU ↓

Label Usagers



2 services labellisés en 2025 et 15 services labellisés depuis sa création en 2021

- Centre de la Douleur: consultation et hôpital de jour avec un score de 93/100
- Service de chirurgie polyvalente 96/100

Les représentants des usagers qui ont participé aux visites de labellisation ont fait part de leurs retours positifs et de leur souhait de réitérer l'expérience. En effet, ils ont apprécié de pouvoir découvrir le fonctionnement d'un service dans son ensemble et de pouvoir échanger en direct avec les équipes ainsi qu'avec les patients.

Pour les équipes, la visite des auditeurs leur a permis de pouvoir partager leur quotidien et d'exprimer leurs difficultés. La remise du label en présence de la direction générale a contribué à la valorisation de leurs efforts.

Nous remercions l'implication des équipes soignantes et médicales et la disponibilité des représentants des usagers et des bénévoles d'associations.



Indicateurs – Fiche d'Evènement Indésirable

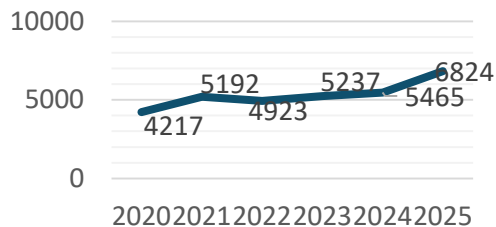
FEI

6 824 FEI en 2025

5 153 dans le *secteur sanitaire*

1 671 dans le *secteur médico-social* (dont 1217 en EHPAD)

L'évolution des FEI depuis 2020

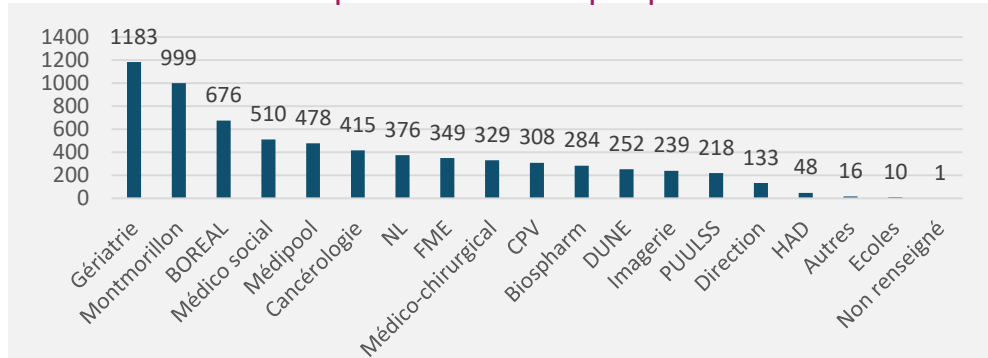


L'année 2025 représente **25% de FEI de plus** que l'année 2024

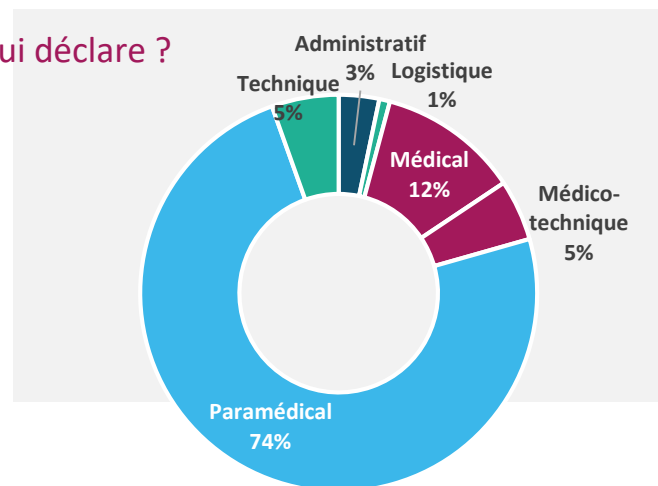
18 EIGS (14 dans le secteur sanitaire, 4 dans le secteur médico-social)

23 FEI nous sont envoyées depuis des *établissements extérieurs*

Répartition des FEI par pôle

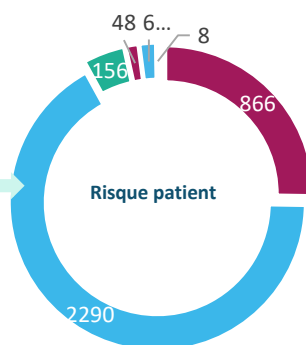


Qui déclare ?



Indicateurs – Fiche d'Evènement Indésirable

Nature d'évènement	Nombre de FEI en 2025
Risque patient	3430
Environnement	1092
Vigilances sanitaires	983
Sécurité	644
Prestations hôtelières	398
Problèmes techniques	311
Risques médico-techniques	102
<i>Laboratoire</i>	55
<i>Stérilisation</i>	47
Radioprotection	71
<i>Radioprotection du personnel</i>	27
<i>Radioprotection patient</i>	44
Magnétoprotection	22



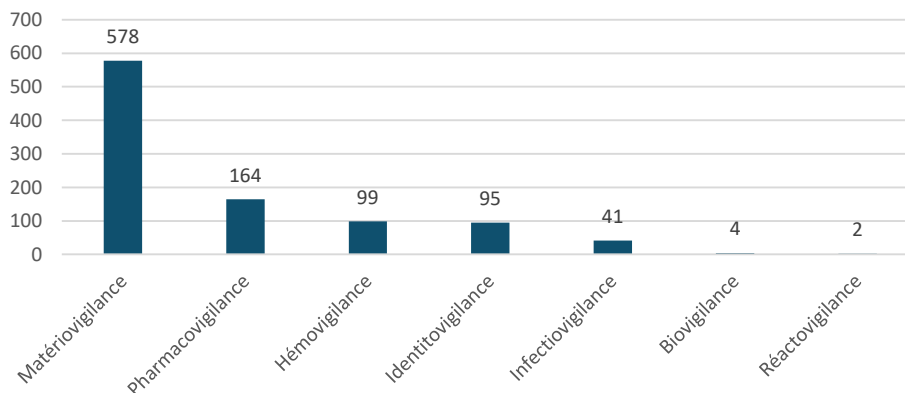
■ Autre risque patient

■ Chute patient

■ Erreur de médicaments

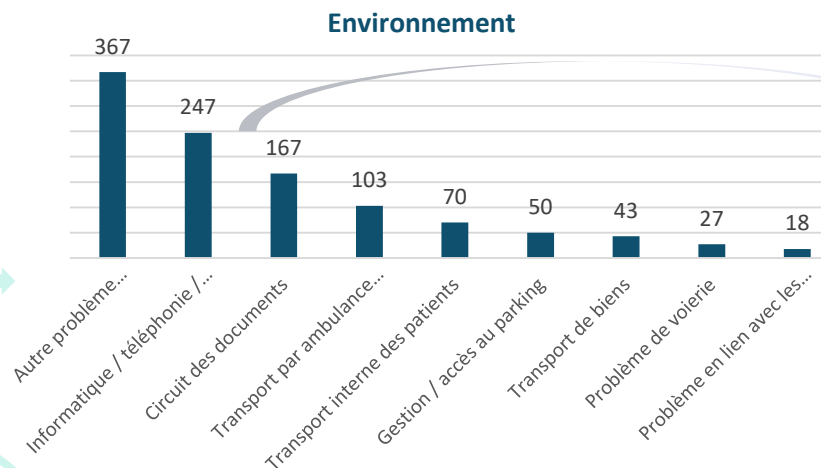
Coordination de la prise en charge (programmation, transferts, transmissions)	19,5 %
Signalement relatif aux effectifs	14,6 %
Circuit du médicament	11,7 %
Autre	10,2 %
Acte technique / intervention chirurgicale	9,1 %
Imagerie (prescription, réalisation, interprétation)	8,7 %
Prise en charge aux urgences	7,3 %
Préparation du patient	6,1 %
Capacités d'hospitalisation (manque de place, hébergements)	3,7 %

Vigilances sanitaires

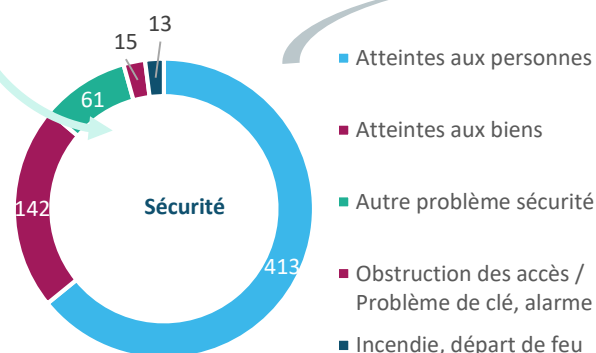


Indicateurs – Fiche d'Evènement Indésirable

Nature d'évènement	Nombre de FEI en 2025
Risque patient	3430
Environnement	1092
Vigilances sanitaires	983
Sécurité	644
Prestations hôtelières	398
Problèmes techniques	311
Risques médico-techniques	102
Laboratoire	55
Stérilisation	47
Radioprotection	71
Radioprotection du personnel	27
Radioprotection patient	44
Magnétoprotection	22



Autre	38,0 %
Matériel défectueux	21,0 %
Matériel indisponible	13,1 %
Matériel inadapté	6,2 %
Matériel : utilisation inappropriée	5,4 %
Matériel : obsolescence	3,0 %
Panne	3,0 %



Violence verbale patient contre personnel	29,9 %
Violence physique non intentionnelle patient contre personnel	23,5 %
Violence verbale personnel contre personnel	16 %
Violence verbale usager contre personnel	8,8 %
Autre	7,5 %
Violence famille / entourage contre personnel	5,9 %
Violence entre patients / résidents	4,8 %
Violence phys intentionnelle patient C personnel	2,7 %

Evénements indésirables

18 Evénements Indésirables Graves (EIGS)

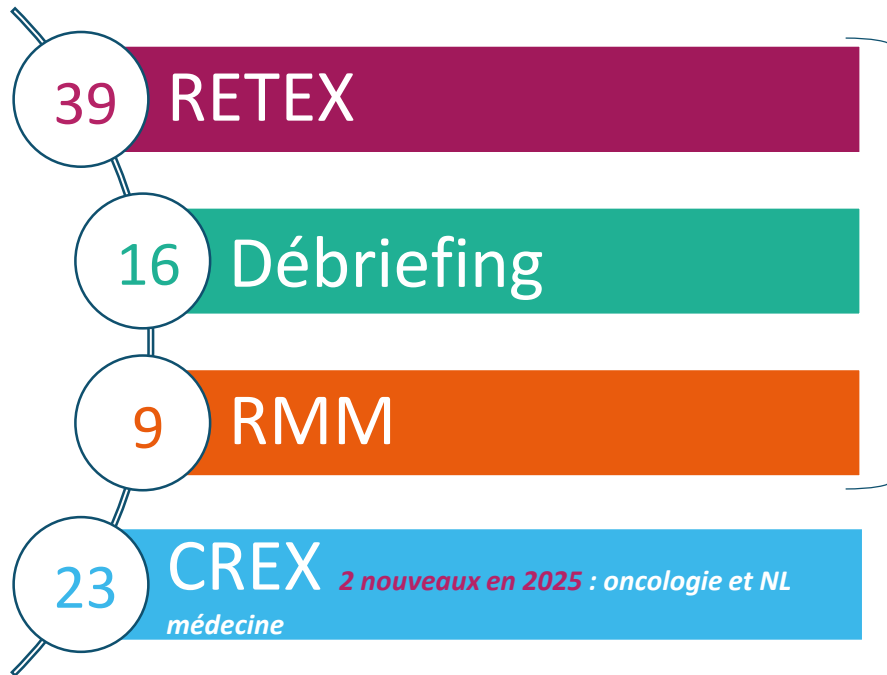
Secteur sanitaire (14)	
Décès	➤ Erreur lors de l'administration de potassium IV : injection en IVD au lieu d'être dilué dans une perfusette de G5% ➤ Dysfonctionnement des rappels de scope en cardiologie : absence de rappel sur les bippers des IDE concernant un patient en tachycardie ventriculaire avec alarme sur la centrale des scopes ➤ Plaie trachéale lors de l'intubation pour chirurgie entraînant un choc septique ➤ Impossibilité de mise en place d'une sonde naso gastrique aux urgences ➤ Accouchement d'un bébé mort-né suite à un déclenchement artificiel. Echec de la réanimation. ➤ Suicide d'un patient avec le fil de son téléphone dans sa chambre ➤ Retard diagnostic d'une tuberculose ➤ Perforation du grêle lors d'une coelioscopie exploratrice. Diagnostic tardif. Décès sur état de choc réfractaire.
Mise en jeu du pronostic vital	➤ Chute d'un patient par la fenêtre de sa chambre au 3^{ème} étage de JB ➤ Surdosage en Fentanyl ➤ Surdosage en anesthésiques locaux par voie IV
Probable déficit fonctionnel permanent	➤ Utilisation d'un embout non stérile sur un CUSA lors de la réalisation d'un prélèvement multi organes ➤ Amputation transfémorale sur ischémie de membre prise en charge plusieurs heures après le diagnostic ➤ Prise en charge d'un patient aux urgences pour un bilan de traumatisme de la main, ayant abouti à l'amputation de l'avant-bras droit

Secteur médico-social (4)	
Violences verbale, physique et à caractère sexuel	➤ Résident agressif verbalement et physiquement avec l'équipe soignante. Comportement inadapté envers les autres résidents faisant peur à certains. Patient transféré en UHR.
Violence à caractère sexuel	➤ Attouchements d'un résident sur une résidente dans la chambre de cette dernière.
Défaillance d'une issue de secours	➤ Résident sorti par une issue de secours non fermée. Résident retrouvé à l'extérieur de l'EHPAD avec ecchymoses.
Epidémie	➤ Epidémie de gastro entérite aigue sur les EHPAD de Loudun, Lusignan et Montmorillon touchant des résidents et des professionnels.

6 Evénements Significatifs en Radioprotection (ESR)

ESR (6)	
GIE TEP	➤ Patient ayant reçu deux fois la dose de radiopharmaceutique. La deuxième dose était destinée à un autre patient.
Imagerie conventionnelle	➤ Irradiation d'une patiente ne nécessitant pas de radiographie ➤ Erreur de prescription pour une radiographie chez un enfant conduisant à la réalisation de 2 examens au lieu d'1 seul
Médecine nucléaire	➤ Injection de radiopharmaceutique dose adulte à un enfant
Radiothérapie	➤ Sous-dosage d'une partie du volume à traiter ➤ Utilisation non autorisée d'un équipement en mode clinique (accélérateur pour des faisceaux non validés)

Les analyses des événements indésirables



Actions marquantes	Etat d'avancement
- Rédaction d'un protocole synthétique décrivant la commande de PSL en urgence vitale immédiate et diffusion de nouvelles ordonnances comportant ce protocole - Diffusion d'un flash info sécurité à toute la communauté médicale sur les actions issues de la RMM d'un EIG sur l'anticoagulation préventive - Révisions de dotation de certains médicaments dans les services - Formalisation de la conduite à tenir lorsque des familles présentent des risques d'agressivité - Amélioration de l'identification des dispositifs médicaux non stériles au sein des arsenaux stériles des blocs opératoires et révision des pratiques sur le réassort : plus aucun DMNS n'entre en salle Révision du protocole de préparation des électrolytes afin de clarifier le mode de préparation du KCl (prélèvement dans une seringue de 50 ml) Rappels de bonnes pratiques diverses - Rédaction d'un chemin clinique sur la PEC des patients drépanocytaires devant bénéficier d'une intervention chirurgicale - Mise en place d'une alerte informatique au sein des laboratoires lorsqu'un patient est porteur d'un germe de classe 3 - Rédaction d'un protocole commun entre imagerie CHU et CHL sur la programmation des examens radiologiques de patients à risque d'agressivité / de débordement	Graphique circulaire illustrant l'état d'avancement des actions : Finalisées : 58% Non initiées : 29% En cours : 13%

Flash infos sécurité

- Mis en place en 2025
- **Objectif** : informer les professionnels d'une situation préoccupante / d'une pratique nécessitant une vigilance particulière
- 5 flash infos sécurité diffusés en 2025 :
 - Similitude entre ampoules de ROPIVACAINE 2mg/ml et ampoules de NaCl 0,9% 20 ml → **rappel des 5 B**
 - Partage d'actions issues d'une RMM suite EIG concernant la prescription conditionnelle d'anticoagulation préventive → **partage d'expérience pour que les services mettent en place cette action**
 - Dysfonctionnements répétés des pneumatiques → **rappels sur l'utilisation des pneumatiques et poches parachutes**
 - Confusions entre OXYCODONE LP et OXYCODONE LI → **rappel des 6B et de la dénomination des médicaments existants sous différentes formes (LI / LP)**
 - Risques liés aux champs magnétiques (IRM) → **rappels sur la magnétoprotection**

FLASH INFO SECURITE 2025-01

 **DESSCRIPTIF DE LA SITUATION :**

La gestion des risques a été alertée par une déclaration d'événement indésirable sur les similitudes entre les ampoules de **ROPIVACAINE 2mg/ml** et les ampoules de **NaCl 0,9% 20 ml**.
L'étiquetage des ampoules de ROPIVACAINE respecte le code couleur des anesthésiques locaux tel que recommandé par l'ANSM (bandeau de couleur grise autour du nom du médicament).
Ce code couleur est une barrière mise en place depuis 2023 pour limiter le risque de confusion entre médicaments.



 **CONDUITE A TENIR :**

Le fil conducteur de la sécurisation de l'administration médicamenteuse repose sur la règle des 5 B : administrer au **Bon patient**, le **Bon médicament**, à la **Bonne dose**, sur la **Bonne voie**, au **Bon moment**.

Le bon médicament : s'assurer de donner au bon patient, le médicament prescrit.
Il faut donc prendre le temps de lire de façon attentive l'étiquette, notamment lors des 3 vérifications successives :
• au moment de la collecte du médicament dans le stock du service (armoire, chariot, etc.),
• au moment de la préparation (reconstitution, pilulier),
• et juste avant de donner le médicament au patient dans sa chambre

 **CONTACTS UTILES :**

Julien MAHE : Pharmacovigilant poste 43 836 julien.mahe@chu-poitiers.fr



Pour toute question, n'hésitez pas à solliciter la DURQ :
43 261 ou 44 851

La simulation in situ

La simulation in situ est une méthode pédagogique qui reproduit des situations cliniques directement dans l'environnement réel de travail des soignants, pour les entraîner et améliorer la qualité des prises en charge.

Simulations réalisées :

- **Urgences pédiatriques** : asthme aigu grave avec TSV après aérosol de salbutamol, pneumopathie et choc anaphylactique à l'amoxicilline, asthme aigu grave conduisant à un ACR non chocable, intoxication aux inhibiteurs calciques

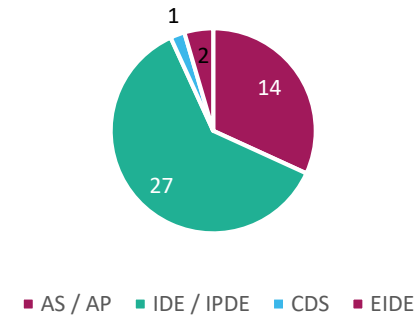
Semaine sécurité 2025

- Du 17 au 21 novembre
- Thème national : la sécurité des patients dès le début de la vie
- Invitation de tous les professionnels des services de pédiatrie et des services adultes pouvant accueillir des enfants (UCA, orthopédie, H4C)
- **44 participants**

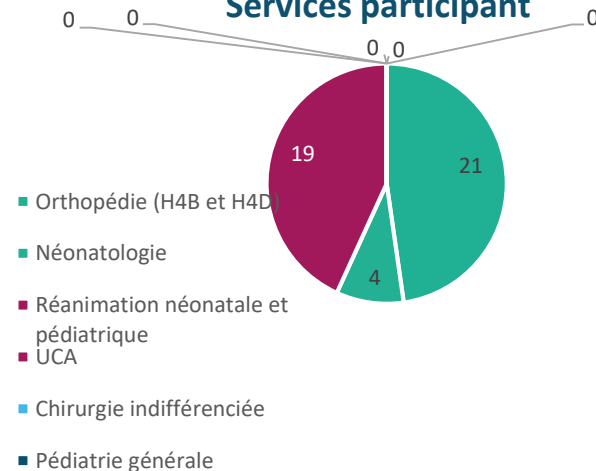
- Présentation de 2 cas pratiques d'erreurs dans des PEC pédiatriques pour sensibiliser les professionnels à l'intérêt de l'analyse systémique (recherche de facteurs contributifs)
- Quiz : calculs de dose, identitovigilance, circuit du médicament et culture sécurité



Profession des participants



Services participant



Démarche Qualité

Pilotes : Pr Corbi, S. Michaud C. Tardy

Instances:

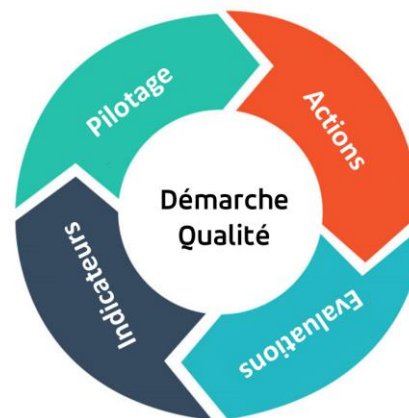
- Commission Médicale d'Etablissement (CME) ;
- Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ;
- Commission Des Usagers ;

Pilotage institutionnel :

- Le **COPILO Qualité** (DG, PCME, CGS, DURQ, CGRAS, Evarisq, représentants de la CME, représentants de la CSIRMT, représentants des usagers, représentants des cellules qualité polaires), qui se réunit 3 fois / an.
- Des **rencontres mensuelles** DG / PCME / CGS / DURQ / CGRAS
- Des rencontres hebdomadaires CGS / DURQ
- Des revues qualité, une année sur deux (DG / PCME / CGS / DURQ / trio de pôle / cellule qualité)

Pilotage opérationnel :

- Les **cellules qualité polaires**, qui se rencontrent mensuellement
- La **rencontre plénière** des cellules qualité polaires, 2x/an.



Les actions validées par les instances sont répertoriées dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) :

Sur 143 actions inscrites au PAQSS institutionnel 2025 :

- ✓ 81 actions réalisées (dont 24 en continu), soit **57%**
- ✓ 47 actions en cours (et poursuivies en 2026), soit **33%**
- ✓ 8 actions non initiées, soit **6%**
- ✓ 1 action est abandonnée, soit **1%**
- ✓ 6 actions sont reportées en 2026, soit **4%**

Démarche Qualité



Améliorer la communication auprès des usagers

- Livret d'accueil dématérialisé avec Qrcode (chambres et admissions)
 - Affiche « informations au patient » (chambres et zones d'attente)
- Résultats e-satis par service et par semestre



Développer l'expérience patients

- Labellisation du service de consultations, du H4C et HDJ douleur
- Mise en place d'une enquête de satisfaction aux urgences Milétrie
 - Déploiement des PREM'S et des PROM'S

Préparer l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

- Information et retours en COPIL médico-social
- Campagne de communication auprès des professionnels sur les méthodes, les thématiques
 - Circuit du médicament

Réaliser la visite de certification HAS

- Information des bureaux de pôle, des professionnels, de publics ciblés (transport, secrétariats, bionettoyage, etc.)
- Réalisation de la 2nde partie de l'autoévaluation : 8 audits systèmes gouvernance, 14 traceurs ciblés.
- Observations dans les services par binôme DURQ/CGS et cellules qualité

Gestion des urgence vitales

- Mise en place d'un Comité UVIH
- Mise en place du numéro unique 2222

Assurer le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (PECM)



- Révision des dotations et des armoires à pharmacie
- Poursuite de l'identification des médicaments à risque
 - Sécurisation des salles de soins
- Sensibilisation aux bonnes pratiques de prescription
- Sensibilisation aux bonnes pratiques d'administration

Poursuite des travaux de structuration du système qualité à la PUI :

- Manuel qualité PUI
- Déclaration des FEI, non conformités, dysfonctionnement

Développer la culture qualité – gestion des risques au sein des services de soins

- Création de 13 mémentos thématiques sanitaires + 13 mémentos EHPAD
 - Quizz qualité sur 4 semaines avec remise de lots
 - Semaine de la sécurité en novembre 2025
- Développement de l'accréditation des médecins
 - Développement de la pertinence des actes

Prise en charge de la douleur

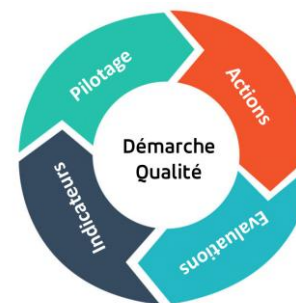
- Mise en place de l'outil TED
- Réalisation d'audits douleur dans tous les services à T0 et à 3 mois
- Journées de formation institutionnelle sur la douleur (CLUD)
 - Révision de procédure

Gérer les situations sanitaires exceptionnelles

- Actualisation du plan blanc
- Réalisation d'exercices (zone des impliqués, préfectoral)
 - Réalisation de formations
 - Plan cyberattaque et PCA



Démarche Qualité



Evaluations externes (certifications, inspections,...)

- Visite d'accréditation COFRAC – norme 17 025 : Janvier 2025
- Visite d'accréditation COFRAC – norme 15 189 : Septembre 2025
- Evaluation ANSM pour les Micro-Organismes et Toxines : Mars 2025
- Certification CRB - ISO 20-387 pour la biothèque, tumorothèque et tissuthèque : mars 2025
- Certification HAS sur les 5 sites en septembre 2025.

Evaluations internes :

- Patients traceurs
- CREX, Retex / RMM
- Audits douleur institutionnels
- Evaluation de la satisfaction
- Auto-évaluation dans le cadre de la visite de certification HAS : parcours traceurs, traceurs ciblés, audits système.
- Auto-évaluation dans le cadre de l'évaluation du secteur médico-social : accompagnés traceurs, audits système.



Suivi des indicateurs

- Indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS)
- Indicateurs internes : nombre de patients traceurs / nombre d'EI / nombre de CREX / nombre de RETEX / gestion documentaire / taux d'avancement des actions du PAQSS / plaintes / satisfaction, etc.

Les indicateurs Qualité et Sécurité des Soins (IQSS), développés par la Haute Autorité de Santé (HAS), sont des outils d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients et de comparaison entre établissements.

La liste de ces indicateurs est fixée annuellement par arrêté. Les établissements de santé ont l'obligation de mettre à disposition du public les résultats de leurs indicateurs.

Les résultats des IQSS sont disponibles sur la plateforme QualiScope accessible sur le site internet de la HAS :

https://www.has-sante.fr/jcms/3102_FicheEtablissement/fr/chu-la-miletrie



Cours / formations

- DU hygiène
- Sages-femmes
- Cadres de santé
- Infirmiers
- IPA
- IADE
- MERM
- Ambulanciers
- ARM
- Kiné



Prise en charge médicamenteuse

- Poursuite de la sécurisation des salles de soins
- Formalisation des bonnes pratiques d'administration des produits de santé
- Formalisation des bonnes pratiques de prescription des produits de santé

Développer l'accréditation des médecins

- Poursuivre le déploiement
- Créer du lien entre les déclaration des équipes accréditées et la DURQ

Développer la formation in situ et la simulation

- Mettre en place un COFIL « simulation »
- Développer la formation « urgences vitales » et « annonce d'un dommage lié aux soins »

Développer la culture qualité – gestion des risques

- Poursuivre des méthodes traceurs de la HAS : patient traceur, parcours traceur, traceur ciblé, observations
- Poursuivre les audits sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur
- Poursuivre les journées institutionnelles de formation douleur / hygiène (CLUD / EOH)
- Favoriser la déclaration d'EIG et mettre en place le dispositif 2nd victime
- Développer les revues de pertinence

Préparer et réaliser l'évaluation des établissements médico-sociaux

- Sensibilisation / communication / auto-évaluation / uniformisation des pratiques sur les différents sites

Développer l'expérience patients

- Développer les PREM'S PROM'S
- Poursuivre les labels usagers
- Réaliser des enquêtes de satisfaction dans les secteurs non pourvus

Les recommandations de la CDU de l'année 2025 et les travaux engagés

Projet expérience patient	Culture qualité sécurité	E-SATIS	Projet directives anticipées	Suivi du projet des usagers	Espace des usagers (EDU)	Règlement intérieur de la CDU
• Poursuite de la création du projet, incluant la poursuite du Label Usagers sur tous les sites du CHU de Poitiers et le développement des PROMs, PREMs - Recensement des pratiques PROMs/PREMs et identification de services pilotes: endocrinologie, rhumatologie - Mise en place d'une enquête de satisfaction aux urgences	• Poursuite du projet de communication pour renforcer la culture qualité sécurité au plus près des équipes - Diverses actions de communication: affiches patient en chambre, mementos culture qualité sécurité, évaluation des RETEX, quizz qualité, sensibilisations des équipes à la prise en charge de la douleur	• Amélioration de l'exploitation des résultats et mise en place d'un travail avec l'équipe restauration pour les résultats liés aux repas - Création de tableaux de bord des résultats par service diffusés deux fois par an - Diffusion des résultats et des verbatims à l'équipe de la restauration	• Poursuite des travaux engagés axés sur les services de soins du CHU - Déploiement en cours de la CIRDA à l'échelle régionale	• Projet organisation de la sortie, accueil administratif, prestations hôtelières, suivi des actions - Groupe de travail organisation de la sortie: participation d'un RU - Restauration: création de 4 déjeuners avec les RU sur les 5 sites du CHU de Poitiers et visite de la cuisine centrale/locaux - Accueil administratif: présentation de la réorganisation des secrétariats, des projets de dématérialisation des courriers médicaux	• Aménagement et inauguration de l'espace des usagers de Châtellerault • ouverture d'un espace des usagers à Montmorillon - Châtellerault: Aménagement complet réalisé, mise en place de permanences d'associations - Montmorillon: Création d'un espace des usagers, mise en place de permanences d'associations	• Révision du règlement intérieur de la CDU - Mise à jour des composition des CDU

Projet expérience patient

Poursuite de la création du projet, incluant la poursuite du Label Usagers sur tous les sites du CHU de Poitiers et les deuxième visites de labellisation, le développement des PROMs, PREMs et des liens avec les patients partenaires

--

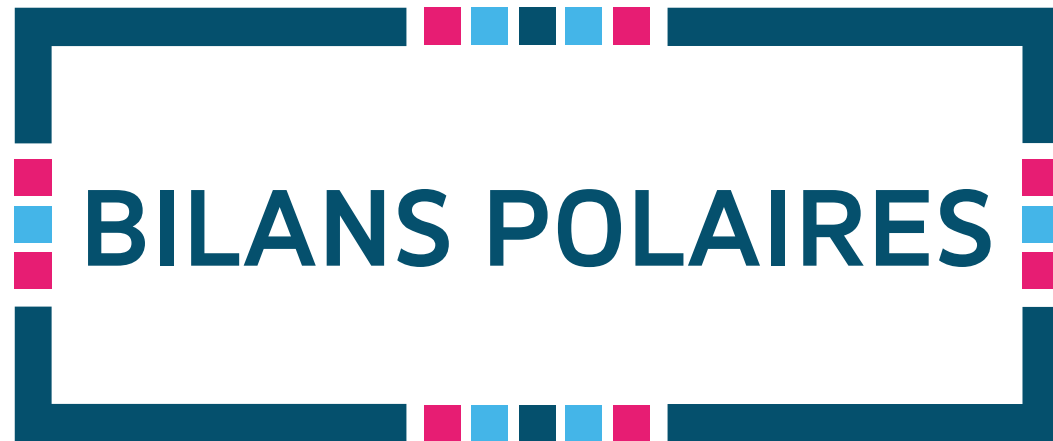
Suivi du projet des usagers

Projet organisation de la sortie, restauration et suivi des actions

--

Espaces des usagers

Améliorer la visibilité et le fonctionnement des espaces des usagers de Châtellerault, Loudun, Montmorillon (actions de promotion, communication, animations, etc...)



Organisation de la démarche qualité au sein des pôles

Chaque pôle du CHU dispose d'une **cellule qualité** en charge du pilotage et de la mise en œuvre de la démarche qualité dans le pôle. Cette organisation vise à assurer un accompagnement quotidien des professionnels et des services de l'établissement et à garantir une mise en œuvre des actions au plus proche du soin et des patients.

Composition type

- ✓ Le cadre supérieur de santé
- ✓ 1 médecin référent qualité
- ✓ Les cadres de santé
- ✓ 1 ou 2 correspondant(s) soignant(s) : IDE, AS, manip radio,...)
- ✓ L'ingénieur et l'assistant qualité référents du pôle



20% de temps
dédié pour le
correspondant
qualité

1 réunion
mensuelle

Principales missions des cellules qualité

- ✓ Promouvoir la **culture qualité-risques** sur le terrain
- ✓ Assurer le suivi et la mise en œuvre des **actions d'amélioration**
- ✓ Participer aux **évaluations** (audits, recueil d'indicateurs, patients traceurs,...)
- ✓ Suivre les **événements indésirables**, les **plaintes** et les **enquêtes de satisfaction** dans les pôles

Pôle BIOSPHARM – Bilan « Usagers » 2025

Demande de dossiers médicaux

Aucune demande dossier médical

Recours

Matériels : 0

Corporels : 0

7 plaintes

Services

Centre de prélèvement: 6
Pharmacie: 1

Motifs de plainte

Relationnel personnel accueil

0 rencontre/médiation

Pôle BIOSPHARM – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audits :
 - Toxicologie-Pharmacologie
 - Micromolécule et séquençage
 - Microbiologie conventionnelle
 - AMP
 - EBMD SMQ
 - Site de Montmorillon
 - Site de Châtellerault
 - Auto-Immunité
 - Hématologie-Cytométrie
 - Génétique Somatique
 - Hématologie Moléculaire
 - Biochimie
 - Réception Centralisée des Prélèvements
 - Biochimie Spécialisée
 - Sérologie

Actions et travaux menés

- Lister les actions et travaux phares :
 - Mise à jour des bons de prescription
 - Remplacement Balance de précision pour le contrôle des pipettes
 - Maîtrise des délais pré-analytiques
 - Suivi mensuel des indicateurs
 - Révision des cartes d'identité de la gestion des risques de chaque processus
 - Sensibilisation sur les bonnes pratiques d'utilisation du pneumatique
 - Obtention de l'autorisation de manipulation et stockage des Micro Organismes et Toxines (MOT)

Pôle CPV – Bilan « Usagers » 2025

122 demandes de dossiers médicaux

Principaux services concernés

Cardiologie: 66

Pneumologie: 25

Chirurgie cardio-thoracique et vasculaire: 27

Recours

Matériels :

4 dossiers ont été clôturés dont 3 indemnisés pour un total de 1730 €.

Corporels :

5 dossiers ont été clôturés dont 1 indemnisé pour un total de 3 582.74 € (chirurgie cardio-thoracique, Conséquences d'une intervention chirurgicale – Amiable)

42 plaintes

Services

Allergologie: 4

Cardiologie: 22

Pneumologie: 9

Chirurgie cardio-thoracique: 6

Urgences cardiologiques: 1

Principaux motifs de plainte

Traitements et soins => manque/défaut de soins

Organisation du service=> prise de RDV

0 rencontre/médiation

Pôle CPV – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audits dans le dossier patient :
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge
 - Traçabilité des éléments de connaissance du patient à l'entrée
 - Traçabilité dans la feuille de liaison service – secteur interventionnel
- Patients traceurs :
 - HDJ allergo-pneumologie
 - Cardiologie 2
 - USIC
- Parcours traceur : Chirurgie en HC vasculaire > Bloc > Dialyse (auto évaluation HAS)
- Traceur ciblé : cardiologie interventionnelle (auto évaluation HAS)
- Check-list d'observations HAS dans tous les services du pôle
- IQSS : LIS et douleur

Actions et travaux menés

- Cardiologie interventionnelle :
 - Révision de la charte de fonctionnement
 - Création d'une check-list d'ouverture de salle en rythmologie et en coronarographie
 - Mise en place de la traçabilité de l'entretien des sondes ETO (lien CLIN)
- Formations :
 - Arrêt cardio respiratoire
 - Démarche qualité auprès des internes
- Simulation :
 - Cardiologie auprès des PNM et PM :
 - Arrêt cardio respiratoire
 - Pneumologie auprès des internes :
 - Annonce d'un décès
 - Consultation d'annonce d'un cancer pulmonaire métastatique
 - Consultation asthme d'un jeune adulte
- Circuit du médicament :
 - Révision des dotations en médicaments de tous les services + sécurisation des salles de soins (y compris les consultations).
 - Participation de 4 professionnels du pôle au groupe PECM : 2 cadres, 1 IDE (correspondante qualité), 1 médecin (référént qualité)
- Sensibilisation des professionnels aux événements indésirables : flash info sur le RETEX aux urgences cardiologiques
- Projet « Bus du cœur » du 5 au 7 novembre 2025

Formalisations

- Listes des MHR pour les services manquants :
 - USIC et urgences cardiologiques
 - Service d'électrophysiologie et cardiologie
- Procédures / protocoles :
 - Chemin clinique d'un patient bénéficiant d'un acte de laser endoveineux et/ou phlébectomie au CETI
 - Parcours de soins des patients relevant de la cardiologie sur le site de Châtellerault
 - Parcours de soins des patients relevant de la pneumologie sur le site de Châtellerault
 - Modalités de réalisation des bilans sanguins aux urgences cardiologiques
 - Coopération Aorte Center
 - Ouverture de salle en cardiologie interventionnelle
 - Pose et utilisation d'EKOS
- Planification de travail en cardiologie interventionnelle :
 - AS
 - IDE-MEM
 - Référént matériel
- Actualisation du site internet pour toutes les spécialités du pôle

Pôle DUNE – Bilan « Usagers » 2025

153 demandes de dossiers médicaux

Services concernés

Chirurgie viscérale: 56

Hépatogastro-entérologie: 43

Urologie: 28

Néphrologie: 13

Endocrinologie: 13

Recours

Matériels :

6 dossiers ont été clôturés dont 1 indemnisé pour un total de 1200€.

Corporels :

5 dossiers ont été clôturés sans indemnisation

42 plaintes

Services

Chirurgie viscérale: 14

Endocrinologie: 1

Hépatogastro-entérologie: 15

Néphrologie: 3

Urologie: 9

Principaux motifs de plainte

Organisation service => délai de prise en charge/coordination de la prise en charge

Relationnel

Traitements et soins

1 rencontre/médiation

- Hépatogastro-entérologie – relationnel, information fin de vie

Pôle DUNE – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audits dans le dossier patient :
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge
 - Check-list d'observations HAS dans tous les services du pôle
- Patients traceurs :
 - H-2 HDJ Endocrinologie
 - H6D HDJ HGE
 - Hémodialyse
- IQSS : Lettre de sortie et douleur

Actions et travaux menés

- Formations douleur et hygiène
- Mise en place des stands up qualité dans tous les services
- Réalisation d'un chemin clinique sur « *La prise en charge d'un patient pour sevrage alcoolique en hospitalisation de semaine d'hépto-gastro-entérologie sur 5 jours* »
- Formation de 80 PNM à la certification HAS
- Sensibilisation de 82 professionnels à la composition du chariot d'urgence par la formation BOXTECO
- Hémodialyse : Mise en place d'une vérification d'identification par association de photo des patients au logiciel métier + procédure associée

Pôle FME – Bilan « Usagers » 2025

226 demandes de dossiers médicaux

Services concernés

Service médico-chir de pédiatrie: 133
Gynécologie-obstétrique: 76
Gynécologie-obstétrique CHT: 17

Recours

Matériels :

1 dossier a été clôturé sans indemnisation.

Corporels :

11 dossiers ont été clôturés dont 1 indemnisé pour un total de 36 195€

37 plaintes

Services

Gynécologie-obstétrique: 16
Service médico-chir de pédiatrie : 14
Urgences pédiatriques: 10

Principaux motifs de plainte

Manque/défaut de soins
Organisation du service=> délai de prise en charge
Information

2 rencontres/médiations

- *Gynécologie-obstétrique – diagnostic, manque/défaut de soins, organisation de la sortie*
- *Pédiatrie/urgences pédiatriques – droits des patients, information, délai de prise en charge*

Pôle FME – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audit d'observation complet dans tous les services du pôle
- Audit douleur dans tous les services du pôle
- Audit « Etat des lieux des dispositifs de fixation des sondes oro/nasogastrique
- Patient traceur en USC pédiatrique
- Patient traceur en UHCD pédiatrique
- Patient traceur en GHR
- Parcours traceur urgences obstétriques-bloc opératoire-maternité- néonatalogie
- Parcours SAMU/SMUR-Urgences pédiatriques-Pédiatrie-domicile
- Traceur prise en charge parentes-enfants en périnatalité
- Traceur prise en charge enfant adolescent
- Questionnaire de satisfaction en réa-néonat/USC/réa pédiatrique
- Questionnaire de satisfaction en néonat soins ordinaires et soins intensifs
- Questionnaire de satisfaction post ponction PMA
- Préparation à la certification avec présentation des attendus aux professionnels
- IQSS : douleur et lettre de sortie

Actions et travaux menés

- Mise en place d'une affiche de prévention sur la sécurité des bébés à la maternité
- Modification du stockage des médicaments nominatifs en pédiatrie
- Mise en place de cocons en réanimation néonatale et en néonatalogie
- Mise en place de fiches d'aide à l'utilisation des médicaments du chariot d'urgence pédiatrique
- Aménagement des chariots des salles de naissance d'un tiroir à KTVO
- Rédaction du protocole césarienne code rouge + soirée de présentation
- Poursuite de la parution du flash qualité-gestion des risques
- Mise en place du projet Snoezelen en service de réanimation néonatale, pédiatrique et soins continus pédiatriques
- Mise en place de consultations acupuncture, addictologie et lactation
- Mise en place de formations sur l'analyse RCF
- Poursuite des simulations in situ sur les urgences vitales en pédiatrie
- Poursuite des simulations aux urgences pédiatriques
- Mise en place d'un sac à dos « Accouchement inopiné » en salle de naissance
- Mise en place d'un kit « Accouchement inopiné » aux urgences pédiatriques
- Mise en place de simulations in situ sur la prise en charge des risques obstétricaux
- Poursuite des cours proposés aux professionnels de pédiatrie
- Mise en place des stand-up qualité dans tous les services
- Sécurisation du circuit des médicaments pour les enfants chroniques aux urgences pédiatriques
- Mise à jour de la gestion documentaire

Pôle Imagerie – Bilan « Usagers » 2025

39 demandes de dossiers médicaux

Services concernés

Radiologie: 32

Médecine nucléaire: 7

Recours

Matériels :

1 dossier a été clôturé avec une indemnisation pour un total de de 400€

Corporels :

1 dossier a été clôturé n'ayant pas donné lieu à une Indemnisation.

58 plaintes

Services

Poitiers – radiologie : 57

Châtellerault – radiologie: 1

Principaux motifs de plainte

Perte d'effets personnels

Accueil téléphonique (difficultés pour joindre le secrétariat)

0 rencontre/médiation

Pôle Imagerie – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audit d'identitovigilance au GIE TEP
- Audit sur la mise en place d'un formulaire dans le logiciel Venus pour améliorer la communication infirmerie / caméra / radiopharmacie
- Audit parcours radioembolisation
- Audit d'observation des services d'imagerie sur tout le pôle
- Audit sur la préparation du patient en radiologie interventionnelle
- Audit des erreurs de traçabilité dans le logiciel VENUS (médecine nucléaire)
- Traceur ciblé secteurs interventionnels
- Préparation à la certification avec présentation des attendus aux professionnels

Actions et travaux menés

- Rédaction de la charte de fonctionnement de la radiologie interventionnelle
- Mise en place de la check-list en radiologie interventionnelle pour les examens sous anesthésie générale
- Mise en place de la check-list en radiologie interventionnelle pour les examens sous anesthésie locale
- Mise en place de sessions de formation à la pose de voies veineuses pour les professionnels de médecine nucléaire en hôpital de jour pédiatrique
- Formation aux gestes d'urgence des RMA
- Poursuite de la parution du flash qualité-gestion des risques
- Formation des professionnels du GIE-TEP à la gestion des risques
- Mise en jour de la gestion documentaire
- Diffusion d'un Flash info sécurité magnétoprotection
- Harmonisation des lignes de champs magnétiques sur tous les sites
- Parution d'un article CHU INFO sur une analyse de risque liée à la magnétoprotection

Pôle Médico-Chirurgical– Bilan « Usagers » 2025

58 demandes de dossiers médicaux

Principaux services concernés

Orthopédie: 23

Médecine interne et générale: 18

Recours

Matériels :

4 dossiers ont été clôturés dont 3 indemnisés pour un total de de 1663,84€

Corporels :

2 dossiers ont été clôturés n'ayant pas fait l'objet d'une indemnisation

18 Plaintes

Services

Châtellerault – médecine interne: 4

Châtellerault – SMR: 2

Châtellerault – urologie: 5

Châtellerault – endocrinologie: 2

Châtellerault – endocrinologie: 2

Châtellerault – Médecine gériatrique: 1

Châtellerault – HDJ Handicapé: 1

Châtellerault – viscérale: 1

Loudun – médecine polyvalente: 2

Principaux motifs de plainte

Information

Relationnel

Traitements/soins

0 rencontre/médiation

Pôle Médico-Chirurgical – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audit d'observation complet dans tous les services du pôle
- Audit douleur dans tous les services du pôle
- Patient traceur en SMR Loudun
- Patient traceur en chirurgie orthopédique
- Préparation à la certification avec présentation des attendus aux professionnels
- IQSS par site :
 - MCO : douleur et lettre de sortie
 - SMR : projet de soins, projet de vie
 - UCA : lettre de sortie, éligibilité à l'intervention, douleur, contact à J+1 / J+3

Actions et travaux menés

- Mise en place du nouveau logiciel dossier patient dans tous les services du pôle
- Mise en place d'une affiche dans les services de Loudun : La prescription médicale : hors dotation
- Mise en place de formation auprès des professionnels sur les grands principes d'utilisation du Fentanyl et de la Naloxone
- Mise en place du flash info qualité-gestion des risques
- Réalisation d'une sensibilisation du grand public lors de la journée mondiale du diabète
- Réalisation d'une journée de lutte contre la dénutrition ouverte au grand public
- Mise en place des stand-up qualité dans tous les services
- Mise en place de la nouvelle restauration sur le site de Loudun

Pôle BOREAL secteur blocs opératoires – Bilan « Usagers » 2025

171 demandes de dossiers médicaux

Services concernés

Anesthésie-réanimation: 99

Médecine intensive réanimation: 68

Recours

Matériels :

1 dossier a été clôturé avec une indemnisation à hauteur de 620€

Corporels :

5 dossiers ont été clôturés dont 1 indemnisé pour un total de 9 800,94 €

26 plaintes

Services

Poitiers – blocs opératoires: 6

UCA: 2

Médecine intensive réanimation: 2

Anesthésie: 8

USC: 3

Réanimation chirurgicale: 3

Réanimation chirurgie cardio-thoracique: 1

Neuroréanimation: 1

Principaux motifs de plainte

Attente / délai de prise en charge

2 rencontres/médiations

- Réanimation chirurgie cardio-thoracique – intervention chirurgicale, complication infectieuse
- Neuroréanimation – surveillance

Pôle BOREAL secteur blocs opératoires – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audit qualitatif sur la check-list
- Audit sur les NO GO au bloc opératoire
- Audit hygiène blocs opératoires, UCA et UCCD
- Audit identitovigilance durant le parcours du patient au bloc opératoire (de son entrée au bloc à sa sortie de SSPI)
- Réalisation de traceurs ciblés secteurs interventionnels au sein de tous les blocs opératoires
- Patient traceur au CETI

Actions et travaux menés

- Révision des affiches sur le time out au bloc opératoire en y intégrant des phrases choc « pas de time out, pas de bistouri » et « pas de compte de compresses, pas de suture ».
- Révision des pratiques concernant le réassort en fin d'intervention afin qu'aucun dispositif médical non stérile n'entre en salle d'intervention
- Valorisation du tri des déchets au bloc opératoire
- Modification de la localisation de certains porteurs de flacons de SHA afin de faciliter l'utiliser avant et après contact avec chaque patient.

Pôle PUULSS & REA– Bilan « Usagers » 2025

445 demandes de dossiers médicaux

Principaux services concernés

Urgences: 348
Urgences Châtelleraut: 63
SAMU-SMUR: 17

Recours

Matériels :

8 dossiers ont été clôturés dont 4 indemnisés pour un total de de 4817,60€

Corporels :

7 dossiers ont été clôturés dont 3 indemnisés pour un total de de 42 988.16€

110 Plaintes

Services

Poitiers – urgences : 62
Châtelleraut – urgences: 9
Montmorillon – urgences: 2
Loudun – CSNP: 2
SAMU-SMUR: 22
IML: 5
UCSA: 5
USC: 3

Principaux motifs de plainte

Manque / défaut de soins
Attente/délai de prise en charge
Perte d'effets personnels

2 rencontres/médiations

- Urg. Poitiers – Surveillance, erreur médicamenteuse
- Urg. Châtelleraut/SAMU – relationnel, manque/défaut de prise en charge

Pôle PUULSS ET REA– Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audits dans le dossier patient :
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge
 - Check-list d'observations HAS dans tous les services du pôle
- 5 Patients traceurs :
 - MIR
 - Neuroréanimation
 - Réanimation CardioThoracique
 - UHCD
 - USC Châtellerault
- IQSS : Lettre de sortie et douleur

Actions et travaux menés

- Mise en place des stands up qualité dans tous les services
- Réalisation d'une enquête de satisfaction des urgences
- Réalisation d'une enquête de satisfaction IPA aux urgences
- Réalisation enquête de satisfaction en réanimation
- Mise en place d'un journal de bord en réanimation
- Accompagnement des visites des enfants des patients hospitalisés
- Structurations de la formation interne paramédicale et du tutorat
- Formations douleur et hygiène

Procédures/protocoles

- Liste des médicaments à risque (MHR) par service
- Chemin clinique PEC de l'hépatectomie post opératoire en USC chirurgicale
- Protocole de coopération Prélèvement de cornée
- Mise à jour de la procédure Prise en charge de la douleur à l'accueil des urgences
- Protocole de surveillance post-opératoire de chirurgie cardiaque en réa CTV
- Mutation des patients des Urgences vers les services et Blocs Opératoires
- Prise en charge d'un patient présentant un AVC aux Urgences
- Conduite à tenir en cas de suspicion d'accident de plongée
- Fonctionnement du service des Urgences /SMUR avec régulation nocturne (Site de Châtellerault)
- Prévention de la constipation du patient hospitalisé en USC chirurgicale
- Prise en charge post-opératoire d'une fibrinolyse IN SITU
- Mise à jour des procédures de la chambre mortuaire (*8)
- Mise à jour en continu des procédures PMO (*25)

Pôle Gériatrie– Bilan « Usagers » 2025

29 demandes de dossiers médicaux

Services concernés

Médecine gériatrique: 26

Recours

Matériels :

10 dossiers ont été clôturés dont 5 indemnisés pour un total de de 1 258,87€

Corporels :

2 dossiers ont été clôturés n'ayant pas donné lieu à indemnisation

19 plaintes

Services

Médecine gériatrique: 10
EHPAD/ USLD Lusignan: 3
SSR Milétrie: 4
USLD Milétrie: 3

Principaux motifs de plainte

Perte d'effets personnels
Relationnel
Information

0 rencontre/médiation

Pôle Gériatrie – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Patients traceurs : Rodin B, Rodin A, USLD Maillol, Claudel E
- Accompagnés traceurs EHPAD : Châtaigniers et Tilleuls
- Audit sur l'évaluation et la traçabilité de la douleur en EHPAD
- Check-list d'observations HAS dans tous les services
- Recueil IQSS : MCO et SMR

Actions et travaux menés

- Réunions d'informations polaires sur la certification
 - 6 sessions ouvertes à tous
 - 2 sessions spécifiques : ASH et équipes de nuit)
 - Création d'un quizz : médicaments, hygiène, démarque qualité gestion des risques
 - Création d'un flyer pour retenir l'essentiel
- Développement de la culture qualité
 - Accompagnement pour la déclaration des FEI
 - Sensibilisation des internes à la qualité
 - Présentation de la démarche qualité lors de l'accueil polaire des nouveaux arrivants
- Gestion des contentions : uniformisation du stockage dans tous les services du pôle, modes opératoires sur la prescription et la surveillance dans HM
- Circuit du médicament :
 - Réorganisation de la préparation des gouttes en EHPAD
 - Réorganisation de la gestion des si besoins en EHPAD
 - Optimisation du rangement du chariot de soins infirmier (USLD Lusignan) et commande de chariots sécurisés

Pôle Montmorillon – Bilan « Usagers » 2025

27 demandes de dossiers médicaux

Services concernés

Urgences: 12

Médecine: 7

Chirurgie: 6

Recours

Matériels :

3 dossiers ont été clôturés sans indemnisation

Corporels :

Aucun dossier n'a été clôturé

5 plaintes

Services

UMC Chirurgie: 1

UMC médecine: 1

Urgences: 2

SMR: 1

Principaux motifs de plainte

Manque / défaut de soins
relationnel

1 rencontre/médiation

*UMC médecine – Surveillance, manque/défaut de
soins, dignité patient*

Pôle Montmorillon – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Patients traceurs : HDJ, médecine
- Accompagné traceur EHPAD : Tilleuls, Marronniers
- Journées d'audit d'observations des services par binômes cadres + soignants :
 - *Secteur sanitaire en mars*
 - *EHPAD en novembre*
- Audit de dossiers sur traçabilité des dates de séjour dans la LIS en SMR
- Audits de dossiers sur la douleur par cadres et/ou correspondantes qualité :
 - 5x dans l'année pour le SMR
 - 2x dans l'année pour l'UMC
- Audit analyse NO GO bloc Montmorillon
- Recueil IQSS : MCO et SMR

Actions et travaux menés

- Présentation de la démarche qualité lors de l'accueil polaire des nouveaux arrivants
- Sensibilisation des professionnels sur l'évaluation et la traçabilité de la douleur
- Préparation et visite certification HAS
- Préparation médico-sociale (EHPAD)
- Ouverture espace des usagers de Montmorillon
- Formation des nouvelles IDE du pôle à l'hémovigilance et à la réception des PSL

Pôle MEDIPOOL – Bilan « Usagers » 2025

220 demandes de dossiers médicaux

Principaux services concernés

Médecine interne et maladies infectieuses: 53

ORL: 54

Ophtalmologie: 57

Recours

Matériels :

2 dossiers ont été clôturés dont 1 indemnisé pour un total de de 80.90€

Corporels :

5 dossiers ont été clôturés dont 2 indemnisés pour un total de 12 692 €

59 plaintes

Services

Chirurgie plastique: 6

Dermatologie: 3

Médecine interne, maladies infectieuses: 7

Odontologie: 15

Ophtalmologie: 18

ORL: 10

Principaux motifs de plainte

Accueil téléphonique (difficultés à joindre le secrétariat/prise de RDV)

Manque / défaut de soins

0 rencontre/médiation

Pôle MEDIPOOL – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audits dans le dossier patient :
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge
- Patients traceurs :
 - Service H4C
 - Service médecine interne H7B
 - Service dermato/ méd interne H8B
 - Service maladies infectieuses H8C
 - Service HDJ
 - Service UHA
- Traceur ciblé : (auto évaluation HAS)
- Antibioprophylaxie avec acte invasif H4C – Bloc
- Check-list d'observations HAS dans tous les services du pôle
- IQSS : LIS et douleur

Actions et travaux menés

- Formations douleur hygiène
- Formation simulation « Vis ma vie de patient âgé ou bariatrique »
 - Création d'un questionnaire sur l'évolution des pratiques suite à la participation des agents à la 1ère édition en 2024
 - 2nde édition avec participation de 21 professionnels en 2025
- Instauration des « murs qualité » au sein de l'ensemble des services du pôle
- Création de l'outil « l'essentiel de la certif »
- Création de la gazette en UHA
- flash infos hebdomadaires dans tous les services
- Identification référents sur chaque groupe de travail: hygiène, douleur ..;
- Chemins cliniques Médecine interne:
 - « PEC d'un patient drépanocytaire de plus de 15 ans , à l'exception de la femme enceinte, transféré en médecine interne de J0 à J7 pour une CVO »
 - PEC d'un patient avec un Purpura Thrombopénique Immunologique

Pôle HAD – Bilan « Usagers » 2025

Demande de dossiers médicaux

Aucune demande dossier médical

Recours

Matériels : 0

Corporels : 0

2 plaintes

Motifs de plainte

Coordination de la prise en charge
Retour à domicile

0 rencontre/médiation

Pôle HAD – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Check-list d'observations HAS
- IQSS :
 - Evaluation et prise en charge de la douleur
 - Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre
- Recueil mensuel & analyse de 10 dossiers
 - Tenue du dossier patient
 - Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre
 - Evaluation et prise en charge de la douleur
 - Coordination de la prise en charge

Actions et travaux menés

- Déploiement des murs qualité
- Mardi « infos » : outil de communication, partage d'informations sur l'activité de la HAD, formations, qualité et gestion des risques
- Formations hygiène et douleur
- Sensibilisation des professionnels aux différentes méthodes de la certification
- Préparation de la cartographie des risques en HAD
- Journée d'accueil polaire

Pôle CANCEROLOGIE – Bilan « Usagers » 2025

46 demandes de dossiers médicaux

Services concernés

Oncologie médicale: 22
Hématologie: 14
Radiothérapie: 4
Soins palliatifs: 6

Recours

Matériels :

2 dossiers ont été clôturés et aucun n'a fait l'objet d'une indemnisation.

Corporels :

1 dossier a été clôturé n'ayant pas fait l'objet d'une indemnisation.

20 plaintes

Services

Hématologie: 6
Oncologie médicale: 8
Radiothérapie: 4
Soins palliatifs: 2

Principaux motifs de plainte

Organisation du service=> attente/délai de prise en charge
Relationnel
Information

1 rencontre/médiation

- *Oncologie médicale, diagnostic – information – délai de prise en charge*

Pôle CANCEROLOGIE – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audits dans tous les services
 - Gestion des médicaments dans les unités de soins
 - Transfusion : audit de dossiers
 - Transfusion : questionnaire destiné aux soignants
 - Non port des bijoux
 - Port du bracelet institutionnel
 - Douleur
 - Curiethérapie : audit de dossiers
- Méthodes HAS « patients traceurs »
 - Hématologie secteur protégé (receveur et donneur)
 - Hôpital de jour
 - Hôpital de semaine
 - Oncologie Maillol
- Méthodes HAS « observations » mensuelles par les cadres et les équipes de soignants intra et inter-services
- Recueil des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) pour la HAS

Actions et travaux menés

- Journées d'accueil polaire des nouveaux professionnels
- Préparation de la visite de certification HAS
 - Newsletters mensuelles « Quali'PRC »
 - « Flash infos qualité » hebdomadaires pour sensibiliser les professionnels et présenter les résultats des audits
 - Réunions d'informations auprès des médecins
- Préparation de l'inspection JACIE prévue début 2026
 - Mise à jour de la documentation valable 2 ans
 - Revue de direction annuelle
 - Formation à la thérapeutique de l'allogreffe
- Radiothérapie et Curiethérapie
 - Cellules qualité dédiées trimestrielles
 - Revue de direction annuelle
- Mise à jour des chartes de fonctionnement par unité et par catégorie professionnelle
- Formation à la recherche clinique

Pôle NL – Bilan « Usagers » 2025

574 demandes de dossiers médicaux

Principaux services concernés

Orthopédie: 259

Neurologie: 84

Neuro-chirurgie: 68

Recours

Matériels :

6 dossiers ont été clôturés dont 3 indemnisés pour un total de de 3 170 €

Corporels :

21 dossiers ont été clôturés dont 2 indemnisés pour un total de de 115 020.33 €

59 plaintes

Services

Centre anti-douleur: 1

Neurochirurgie: 7

Neurologie: 15

Neurophysiologie: 2

Orthopédie: 28

Rhumatologie: 8

Unité rachis: 3

Principaux motifs de plainte

Attente/délai de prise en charge

Coordination de la prise en charge
(annulation/report d'intervention)

Perte effets personnels

0 rencontre/médiation

Pôle NL – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Audits dans le dossier patient :
- Traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge
- 8 Patients traceurs :
 - Neurologie H3B & H3D
 - Orthopédie-traumatologie H4D
 - Orthopédie colonne H4B
 - Neurochirurgie H3C
 - Centre du sommeil
 - MPR
 - Rhumatologie
- IQSS : Lettre de sortie et douleur
- Check-list d'observations HAS dans tous les services du pôle

Actions et travaux menés

- Référents hygiène: création d'un kahoot sur les essentiels de l'hygiène
- Circuit du médicament: intervention pharmacien dans les services pour développer la culture sécurité
- Accréditation de l'équipe médicale d'orthopédie
- Ateliers traction en orthopédie
- Rééducation : formations intra et inter pôles
- Neurochirurgie: formations Maladie de Parkinson et tumeurs cérébrales
- Neurologie : formations
 - Sémiologie AVC
 - thrombolyse IV et thrombectomie
 - Formation pansement pose de stimulation cérébrale
 - Formation AS: prévention dénutrition, PEC alimentation
 - patient AVC

Pôle MEDICO-SOCIAL– Bilan « Usagers » 2025

3 demandes de dossiers médicaux

12 plaintes

Recours

Matériels :

5 dossiers ont été clôturés dont 3 indemnisés pour un total de 1140,51€

Corporels :

Aucun dossier n'a été clôturé.

Services

Châtellerault – EHPAD: 10
Loudun EHPAD: 1
Loudun – USLD: 1

Principaux motifs de plainte

Manque/défaut de soins
Perte effets personnels

0 rencontre/médiation

Pôle Médico-social – Bilan Qualité 2025

Evaluations

- Patients traceurs :
 - USLD Châtellerault
 - USLD Loudun
- Check-list d'observations HAS dans les services USLD de Châtellerault et Loudun
- Audits dans le dossier patient des services USLD de Châtellerault et Loudun :
 - Traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge
 - Conformité des prescriptions conditionnelles
- Accompagnés traceurs sur chacun des sites
- Traceurs ciblés sur chacun des sites sur les thématiques:
 - Accompagnement santé
 - Bienveillance et éthique
 - Continuité des parcours
 - Droits de la personne

Actions et travaux menés

- Formation simulation « Vis ma vie de patient âgé ou bariatrique » site de Loudun
- Formations hygiène et douleur
- Mise en place d'un staff iatrogénie sur les 2 sites
- Création d'un outil sur l'essentiel de la certification pour les services d'USLD
- Mise en place d'un outil au format calendrier de l'avent pour faire un rappel sur les attendus de l'évaluation
- Création d'un jeu le « bingo des droits » pour sensibiliser les équipes sur les droits fondamentaux des résidents
- Rédaction Procédure soins de nursing