



PÔLE SANTÉ SUD 37
Sainte Maure de Touraine

Membre du Groupement Hospitalier de Territoire
Touraine-Val de Loire

Sainte Maure de Touraine, le 03 octobre 2024

Service : DIRECTION

Affaire suivie par : S. Chéné

☎ : 02.47.72.32.32

✉ : audrey.commenge@ch-saintemaure.fr

Références : MBL/SCa/SCh/AC n°2024-3

PROCES VERBAL DE LA COMMISSION DES USAGERS **SEANCE DU JEUDI 03 OCTOBRE 2024**

Le jeudi 03 octobre 2024 à 9h30, s'est réunie au Centre hospitalier de Sainte-Maure de Touraine, la Commission Des Usagers sous la présidence de Madame LEBATARD composée comme suit :

Membres présents avec voix délibérative :

Madame Marie-Bénédicte LEBATARD, directrice déléguée, présidente de la Commission des Usagers

Madame Charline RABUSSEAU, médiateur non médecin suppléant

Monsieur Christian ETCHEVERRY, représentant titulaire des usagers désigné par l'ARS

Madame Sonia CHÉNÉ, directrice adjointe, suppléante

Madame Isabelle CLOAREC, IDE hygiéniste

Membres présents avec voix consultative et invités :

Madame Stéphanie LÉPINE, cadre supérieure de santé, représentant la CSIRMT

Madame Samantha CAU, responsable qualité

Monsieur le Docteur SENNEGOND, médecin coordonnateur

Membres absents excusés :

Madame Christelle GAUTIER, médiateur non médecin titulaire

Monsieur le Docteur RIDOUX, médecin coordonnateur

Madame Héloïse BECHU, IDEC médecine

Questions à l'ordre du jour :

- 1) Bilan des événements indésirables
- 2) Les plaintes et réclamations
- 3) Bilan Qualité-Gestion des Risques 2023
- 4) Mise en place de consultations « plaies-cicatrisation »
- 5) Dispositif « rédaction des certificats de décès en EHPAD par les IDE »
- 6) Points divers

Madame LEBATARD remercie les membres de leur présence.

1) PV du 13 juin 2024

Le procès-verbal du 13 juin 2024 est adopté à l'unanimité.

Il est précisé que le projet d'établissement et le projet des usagers ont été validés.

2) Bilan des EI

Au 31/12/2023, on relève 321 FEI déclarées, contre 319 au 31/12/2022, soit une stabilité des déclarations entre les deux années, ce qui témoigne d'une acculturation satisfaisante de la déclaration des événements indésirables en Médecine et en EHPAD ; le SSIAD reste timide dans ses déclarations.

Néanmoins, on observe une légère baisse des déclarations en médecine, et une légère hausse en EHPAD et au SSIAD.

- Médecine : 101 FEI en 2023, contre 118 en 2022
- EHPAD : 208 FEI en 2023, contre 195 en 2022
- SSIAD : 12 FEI en 2023, contre 6 en 2022

I. Système de déclaration et de traitement :

Jusque fin 2022, le fichier de suivi des FEI en place avait une forme globalisée, et était accessible sur le commun, sans restriction.

Cette organisation ne permettant pas le respect de la confidentialité des déclarations et du suivi qui en était fait, il a été décidé de modifier ce système.

Un nouveau système de déclaration a donc été mis en place à compter du 01/01/2023.

Celui-ci consiste en la mise à disposition de fiches vierges accessibles à tous sur le serveur commun.

La relève est effectuée plusieurs fois par semaine par le service qualité, et par la Direction en cas d'absence.

Les données sont extraites du fichier de déclaration et basculées dans un document de suivi, centralisé, géré par le service qualité, accessible à la Direction uniquement.

La gestion est réalisée en avertissant par mail les responsables de service, et/ou pilotes des processus concernés ainsi que la Direction de chaque nouvelle FEI.

Une analyse et un suivi sont réalisés. Des CREX sont organisés si nécessaire et des relances sont faites afin de maintenir une dynamique dans le traitement des problématiques rencontrées.

II. Bilan des événements indésirables 2023 :

En 2023, le service de médecine a bénéficié de réunions mensuelles avec l'équipe pluridisciplinaire pour traiter et revoir les FEI collectivement, au travers d'une réunion baptisée « revue des EI ». Chacune des réunions a fait l'objet d'un compte-rendu.

Ces rencontres ont pu avoir lieu de janvier à octobre 2023.

Pour l'EHPAD, chaque IDEC s'est vu communiquer les FEI de leurs unités en amont de ses réunions de service, afin de faire un point de suivi avec ses équipes. Un retour était ensuite fait au service qualité, pour continuer le suivi et la clôture au fur et à mesure de l'année.

Pour le SSIAD, un suivi ponctuel a été fait avec l'IDEC.

Pour l'année 2024, il y a le projet d'instaurer une revue des EI lors de temps qualité dédiés à l'EHPAD et au SSIAD.

Enfin un bilan annuel reste établi, et il est communiqué en instances.

III. Rappel sur les différentes classifications d'événements indésirables :



Les événements indésirables associés aux soins (EIAS)

Les événements indésirables associés aux soins sont des événements résultants d'incidents ou de situations graves pouvant entraîner un préjudice pour la personne accompagnée, et plus particulièrement lors de l'administration de soins de santé.

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont l'ensemble des dysfonctionnements (des erreurs parfois) qui impactent négativement le parcours du patient alors qu'ils sont évitables pour la majorité d'entre eux.

Pour compléter cette définition, la HAS est venue préciser plusieurs critères permettant d'identifier un événement indésirable associé aux soins. Ainsi, l'EIAS est :

- Un événement défavorable survenant chez un usager
- Associé aux actes de soins et d'accompagnement
- Qui aurait ou aurait pu avoir des conséquences pour la personne accompagnée
- Qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin
- Qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance de la personne accompagnée, c'est un événement inattendu.

➡ Les événements indésirables graves (EIGS) :

Ce sont des événements inattendus ayant entraîné des conséquences graves.

Un événement indésirable grave associé aux soins (EIGS) est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent, y compris une anomalie ou une malformation congénitale.

Le décès, la mise en jeu du pronostic vital et le risque de déficit fonctionnel permanent chez la personne (ou l'enfant qu'elle porte, du fait d'une anomalie ou d'une malformation fœtale) sont les 3 critères de gravité réglementaires qui font considérer un EIAS comme grave.

Exemples : Une infection urinaire liée à la pose ou la présence d'une sonde vésicale ; une erreur d'administration d'un médicament (le mauvais médicament) ; l'effet inattendu d'un médicament

Pour les événements indésirables graves, on pense souvent aux événements associés aux soins : une incapacité ou une invalidité, une malformation congénitale, un risque vital, une hospitalisation, un décès... Mais il ne faut pas perdre de vue les événements ayant entraîné une perte matérielle/ financière très importante, des troubles psychosociaux (burn-out, dépression, etc.), l'échec de la réalisation d'une mission, ...

➡ Les événements porteurs de risques (EPR) :

A contrario des événements indésirables graves, les EPR sont des événements indésirables qui n'ont pas causé de dommages graves à la personne accompagnée. Quelques exemples d'événement porteurs de risques :

- Une panne matérielle : une panne de chauffage/ d'électricité de courte durée
- Une panne de véhicule
- Un retard pour une réunion / une réunion annulée
- Une chute avec hématome

IV. Typologie des EI dans le secteur sanitaire - Service de médecine :

En volume, on observe 3 groupes :

Le 1er « bouquet » de déclarations concerne :

- Les événements liés à la prise en charge médicamenteuse
- Ceux concernant l'organisation des soins

Un 2ème « bouquet » concerne :

- Des problématiques d'identitovigilance
- Des problématiques liées au parcours du patient (à l'occasion des transferts amont/aval)
- Des questions relatives aux droits des patients

- Les dispositifs médicaux

Et un 3ème « bouquet » qui concerne :

- Des questions relatives au dossier patient
- Au linge
- A la maintenance du matériel
- Système d'information
- Risque infectieux
- Restauration
- Infrastructures
- QVT /Violence
- Biologie, imagerie

En comparaison, 2022 était marqué par un surnombre de FEI concernant le système d'information : le remplacement de la centrale d'appels-malades a majoritairement répondu aux problématiques.

V. Les EIGS dans le service de médecine

- ➞ Absence d'alimentation parentérale pendant 3 nuits pour une patiente anorexique, dû à une problématique de matériel :
 - o Etat : clôturé
 - o Actions conduites : Révision de la dotation en Produits de Santé / DM en Médecine ; Mise en place de la « Fiche d'emprunt de produits de santé », en lien avec la mise en place de la procédure d'astreinte pour la délivrance de produits de santé par le Logipôle.
- ➞ Surdosage Levothyrox – réhospitalisation évitable :
 - o Etat : clôturé
 - o Actions conduites : plusieurs échanges médecin – pharmacien sur le risque avéré sur la prescription d'entrée. Procédure de conciliation prévue d'être déployée (cf. Projet d'Etablissement 2024-2028).
- ➞ Absence de transmission d'une élève IDE à l'équipe => administration du traitement après contrôle de glycémie => hypoglycémie chez le patient :
 - o Etat : clôturé
 - o Actions conduites : recadrage des élèves. Offre de stage réduite (éviter le surnombre à encadrer)
- ➞ Majoration d'un escarre au cours de l'hospitalisation d'un patient :
 - o Etat : clôturé
 - o Action conduite : analyse collective (erreur de pratique, mise en place tardive d'un matelas à air).
- ➞ 6 déclarations de sorties inopinées de patients :
 - o Etat : clôturé
 - o Action conduite : démarche engagée pour la sécurisation du service, impliquant la Mairie et le Service Départemental d'Incendie et de Secours
- ➞ 2 probables infections nosocomiales Covid
 - o Etat : clôturé

VI. Les CREX réalisés

2 CREX réalisés :

- ➞ Janvier 2023 : CREX « Situation de violence Soigné sur Soignant » :
 - o Etat : En cours
 - o Actions conduites : cours interne sur les troubles du comportement ; point sur les entrées récentes au plus tôt les week-end d'astreinte ; révision de la procédure de conduite à tenir en cas de violence

(non diffusée car mise en place du dispositif de signalement interne en cas de maltraitance à mettre en place)

- Septembre 2023 : CREX « Traitement anti-rejet non disponible TACROLIMUS / refus de délivrance du Logipôle » :
 - o Etat : En cours
 - o Actions conduites : appuyer la demande de l'IDE par un médecin auprès du Logipôle en cas de refus de délivrance ; sensibilisation sur la traçabilité de la réception du traitement dans le service
 - o Actions restantes : accord des officines de ville des halles et de la Manse ; Il n'y aura pas de convention à proprement parler, mais une facturation à l'établissement en fonction des délivrances ponctuelles. Le pharmacien hospitalier se charge de rédiger une procédure en veillant à la cohérence avec la procédure de recours au Logipôle de Trousseau.

VII. Les FEI-GHT déclarées

- Août23 - Sainte Maure vers CHRU de Tours (Urgences – UHCD) : « Absence ou retard très fréquent de transmissions d'information (courriers médicaux, personne à prévenir) pour des patients âgés souvent dans l'incapacité de répondre, transférés du CHRU de Tours en service de Médecine de Sainte Maure » :
 - o Etat : Clôturé
 - o Action (retour du CHRU) : information faite aux équipes médicales et paramédicales.

VIII. Bilan des événements indésirables 2023

Problématiques répétées de manque d'informations relatif aux patients en provenance des urgences de Loches : pas de FEI-GHT, mais mail adressé au service qualité du CH de Loches.

IX. Autres actions correctives significatives

- Mode opératoire rédigé sur le codage des allergies sur Osiris (objectif : repérer facilement les allergies dans le dossier patient)
- Etude comparative achat versus location de pompes de nutrition => location retenue
- Rectificatifs réguliers par l'administration sur des erreurs répétées concernant l'identité des patients
- Réorganisation de la livraison du réassort concernant le chariot d'urgence (en une fois dans un seul contenant), pour une meilleure gestion des périmés

Et les réalisations de ce qui était prévu au bilan précédent :

- La revue de la dotation en produits de santé du service (objectif : avoir une dotation plus pertinente au regard de l'activité, et diminuer les erreurs de rangement)
- La mise en place de la messagerie sécurisée
- La création d'une grille d'évaluation sur la toilette au lit
- La finalisation des travaux relatifs à la gestion des biens de valeur

Continuité 2024 : Au vu des sujets traités, des actions non finalisées sont à suivre :

- Conciliations médicamenteuses à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation
- Audit sur les stupéfiants
- Procédure de délivrance occasionnelle par les officines de ville en cohérence avec la procédure du Logipôle
- Gestion des matelas à air à améliorer : éviter les surcoûts, pertinence des actes, hygiène (à étendre à la partie médico-sociale)
- Gestion du matériel
- Protocole dénutrition en médecine à finaliser
- Audit sur les précautions complémentaires
- Dispositif interne de signalement de maltraitance à mettre en place
- Finaliser la mise en œuvre relative à la sécurisation du service (patients déambulants, sorties inopinées)

- Quid de téléphones de secours ? d'astreinte ?
- Réviser la procédure d'accueil – admission : lien avec la procédure Identitovigilance du CIV-GHT.

3) Bilan Qualité-Gestion des Risques 2023

Nouveaux interlocuteurs en 2023 :

- Dr Loïc LE TEURNIER, Pharmacien
- Dr Clément SENNEGOND, Médecin (Service de médecine et EHPAD)
- Charline RABUSSEAU, Responsable du service accueil-admissions
- Muriel GIRARD, Responsable des cuisines

Particularités du service qualité 2023 :

- Absence de la Responsable qualité de mi-octobre à fin décembre 2023

Ce bilan permet de faire un point des actions qualité – gestion des risques conduites sur l'année 2023, pour le service de médecine, l'EHPAD, le SSIAD et les services et dossiers transversaux, ainsi que sur les plans de gestion de crise.

I. Certification - Nouvelle échéance : 2026

Pas de suivi du plan d'actions (13 thèmes déclinés en 17 actions).

Continuité 2024 :

- Faire le suivi du plan d'actions de la V2020
- Faire une veille sur le référentiel V2023

II. Audits

IQSS NATIONAUX

Antibiotique	=>	ATBIR 2023	=>	résultat : B (87%)
Douleur	=>	DPA 2023_QLD_DLR	=>	résultat : B (70%)
Solution hydro-alcoolique	=>	ICSHA 2023	=>	résultat : A (100%)
Vaccination anti-grippale	=>	VAG 2023	=>	résultat : 45%
Lettre de sortie	=>	QLS	=>	résultat : C (68%)

Continuité 2024 :

- Participer à la campagne 2024 (même pour les indicateurs facultatifs)
- Déterminer le plan d'actions pour améliorer les indicateurs < A

III. IQSS internes

Recueil des IQSS tous les 15 jours par l'IDE de journée.

14 journées d'audit sur 9 mois (= 1 à 2 fois par mois entre janvier et septembre). Indicateurs divers sur les pratiques soignantes : douleur, hygiène des mains, confidentialité, cathéters, PSE, médicaments à risque, boîte OPCT, sonde utérine, etc, ... Analyse des résultats en équipe à l'heure qualité chaque mois.

Continuité 2024 :

- Relancer un audit ciblé et ponctuel des IQSS internes.

IV. Prise en charge médicamenteuse

Pas d'audit réalisé.

Continuité 2024 :

- Audit sur la gestion des stupéfiants en Médecine (traceur ciblé, circuit complet de la PUI au retour à la PUI si non administré)
- Audit sur la gestion des stocks de la dotation de médecine.

V. Heure qualité

6 réunions entre janvier et octobre.

Emargement et compte-rendus à chaque réunion + diffusion élargie.

Sujets : bilan de l'HQ 2022, bilan des EI 2022, suivi des résultats des IQSS internes et nationaux, revue des EI et de CREX en équipe, documents qualité, nouveautés sur la certification.

Continuité 2024 :

- Reprendre l'Heure qualité tous les 2 mois => cibler sur une revue des EI.

VI. CDU

4 réunions en 2023.

Rapport annuel 2023 établi avec les représentants des usagers et transmis dans les délais.

VII. Ecoute satisfaction-éloges, plaintes et réclamations

Sources : questionnaire de sortie d'hospitalisation, cartes de remerciements, courriers à la Direction, mail aux IDEC ou cadre supérieur de santé.

Bilan satisfaction 2023 établi, présenté en CDU, mis à jour à l'affichage et dans le livret d'accueil.

Résultat : Satisfaction globale 89% ; Taux de retour 60%.

Plaintes et réclamations : 0 réclamation sur le registre. Les points d'amélioration relevés dans les questionnaires de sortie sont présentés en CDU. Ils concernent :

- Le mobilier : inconfort des fauteuils
- L'infrastructure : WC en commun ; chambre 168 trop petite ; pas de douche dans la chambre
- Les repas : manque de variété
- Le bruit : voix forte le soir, cloisons et portes fines, télévisions en chambre double
- Le ménage
- La gestion des chambres doubles : cohabitation, intimité difficile, un cabinet de toilette pour deux.

Continuité 2024 :

- Centraliser et informatiser la gestion des plaintes et réclamations
- Réviser la procédure

4) Mise en place de consultations « plaies-cicatrisation »

Contexte :

Le Centre Hospitalier de Sainte Maure de Touraine a vu le renouvellement de sa labellisation d'hôpital de proximité en janvier 2022 par l'ARS. Être labellisé « Hôpital de proximité » concrétise l'engagement du CH de Sainte Maure de Touraine à s'inscrire dans un projet collectif de territoire pour répondre au plus près des besoins de santé de la population dans un contexte de désertification médicale.

→ L'ouverture de consultations plaies cicatrisation à destination des patients issus du bassin de vie répondra aux missions d'un hôpital de proximité.

Politique de formation institutionnelle :

- Depuis 2017, le Centre hospitalier s'inscrit dans une démarche de formation professionnelle et continue par le biais de formations institutionnelles, professionnalisantes et universitaires.

- « Ma santé 2022 » renforce le management dans ses différentes composantes et ouvre de nouveaux parcours professionnels et de nouvelles conditions d'exercices aux soignants.
- Dans cet objectif de promouvoir la montée en compétences des professionnels de Santé, Madame THOMMEREL Marine (IDE) a obtenu son DU plaies et cicatrisation en septembre 2022. Depuis, elle participe chaque année aux congrès nationaux de plaies et cicatrisation afin de maintenir et de développer ses connaissances acquises.

Calendrier prévisionnel de mise en œuvre :

Pour commencer cette nouvelle activité, il est prévu une journée de consultation par mois, chaque 2^{ème} jeudi de chaque mois. En fonction de la demande, nous pourrions envisager 2 journées par mois par la suite.

Ci-joint les dates programmées pour le dernier trimestre 2024 :

- Jeudi 10 octobre ;
- Jeudi 14 novembre ;
- Jeudi 12 décembre ;
- Heures : 8h30 – 16h (incluant 20mn de pause).

La consultation infirmière Plaies et Cicatrisation n'est pas uniquement la réalisation d'un acte de soin technique à savoir la réfection « *d'un pansement* ».

Elle s'en différencie par la qualité :

1. De l'évaluation locale, loco-régionale et générale qui va permettre de poser un diagnostic et d'identifier des problèmes bien au-delà de la plaie (ex : insuffisance veineuse, hyper-tension),
 2. Des moyens mis en œuvre pour corriger les facteurs de retard de cicatrisation,
 3. De l'éducation (conseils hygiéno-diététiques, importance de la contention, ...),
 4. De la mise en place d'un protocole de soin,
 5. Des transmissions ou liens avec d'autres professionnels paramédicaux ou médecins permettant une continuité de prise en charge,
 6. Des prescriptions infirmières.
- **Au-delà d'une consultation, c'est un véritable projet de soins.**

Ces consultations ont pour but de prendre en charge des patients atteints de tous types de plaies : plaies vasculaires, plaies du diabétique, mal perforant plantaire, retard de cicatrisation, escarres.

5) Dispositif « rédaction des certificats de décès en EHPAD par les IDE »

Annoncée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023, l'expérimentation permettant aux infirmiers de constater un décès et de délivrer le certificat de décès est lancée, suite à la parution au journal officiel, le 6 décembre 2023, du décret relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de LFSS.

Pourquoi la mise en place de dispositif ?

Sur l'ensemble du territoire français, un délai assez long est souvent observé entre le constat du décès par l'entourage du défunt et la rédaction du certificat de décès. Dans ces situations, les proches ou les structures concernés s'adressent aux SAMU, aux médecins de ville, aux services civils, services de police ou de gendarmerie pour pouvoir remédier à cette problématique.

→ **Objectif principal : améliorer les délais de rédaction des certificats de décès, et in fine de la prise en charge des défunts par les opérateurs funéraires.**

Cadre réglementaire :

Décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. **Décret n° 2024-375 du 23 avril 2024** modifiant le décret n° 2023-1146 du 6 décembre 2023 déterminant les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 → ce décret élargit à l'ensemble du territoire national l'expérimentation de la rédaction des certificats de décès et supprime la condition prévoyant que les IDE

n'interviennent qu'en cas d'indisponibilité d'un médecin dans un délai raisonnable et autorise la saisie électronique de décès par les IDE.

Prérequis :

1. IDE volontaire ;
2. Diplômé(e) depuis 3 ans ;
3. Inscrits au tableau départemental de l'Ordre des infirmiers ;
4. Ayant suivi la formation obligatoire → formation de 12 heures par e-learning ;
5. Demande d'inscription à la formation via le site de l'Ordre Infirmier ;
6. Au terme des modules, une évaluation des connaissances est réalisée et une attestation est remise.
7. L'attestation de formation doit être déposée dans l'espace ordinal personnel, ce qui permettra de valider le suivi de la formation et sera également transmis à l'encadrement supérieur pour archivage dans le dossier administratif de l'agent et pour la mise à jour du listing de l'établissement des professionnels habilités.

Conditions requises et obligatoires

- Le lieu : en EHPAD, sous réserve de l'accord du Directeur de la structure, et uniquement pour les résidents de l'établissement et sur les heures de travail.
- Le professionnel ne pourra pas être appelé sur ses heures de repos et intervenir en dehors de l'établissement pour rédiger un certificat de décès.
- Sont exclus de cette procédure les situations de mort violente/inattendue et les décès de personnes mineures.

À ce jour 5 IDE sont formées et habilitées.

→ Mise en place du dispositif prévu le 21 octobre 2024.

Suivi du dispositif par l'ARS :

- Déclaration hebdomadaire du nombre de certificats de décès rédigés par les IDE salariés en EHPAD à l'ARS sur la plateforme « démarches simplifiées » ;
- Remplissage d'un questionnaire trimestriel transmis par l'ARS pour la réalisation d'un suivi qualitatif.

6) Points divers

- Monsieur ETCHEVERRY souhaite savoir si une nouvelle campagne de vaccination COVID est prévue : pas pour le moment. Les doses de vaccin n'ont pas été reçues. Il est rappelé que les campagnes de vaccination sont chronophages en terme organisationnel.
- Madame LEBATARD informe que la date de fermeture des Sablonnières est prévue pour fin 2025, afin d'éviter des transferts en urgence si la Commission de sécurité émettait un avis défavorable en 2026. Les équipes et les résidents seront accompagnés dans ce changement.

L'ordre du jour étant épuisé, la Présidente déclare la séance levée à 10h30.

La Présidente,

M-B. LEBATARD



