



**PROJET
D'ÉTABLISSEMENT
2024-2028**
CHRU DE TOURS

**PROJET
QUALITÉ**

PROJET D'ÉTABLISSEMENT 2024-2028 CHRU DE TOURS

- TOME 1. **Projet médical**
- TOME 2. **Projet de soins**
- TOME 3. **Projet des usagers**
- TOME 4. **Projet qualité**
- TOME 5. **Projet hôtelier et écoresponsable**
- TOME 6. **Projet managérial et ressources humaines**
- TOME 7. **Projet schéma directeur immobilier**
- TOME 8. **Projet numérique**

LES AMBITIONS DU CHRU

Ce projet qualité constitue l'un des volets du projet d'établissement 2024-2028 du CHRU de Tours.

Ambition 1 : Un hôpital porteur d'innovations

Ambition 2 : Un hôpital qui s'adapte aux évolutions sociétales

Ambition 3 : Un hôpital porteur d'une vision territoriale et d'une approche des soins coordonnée

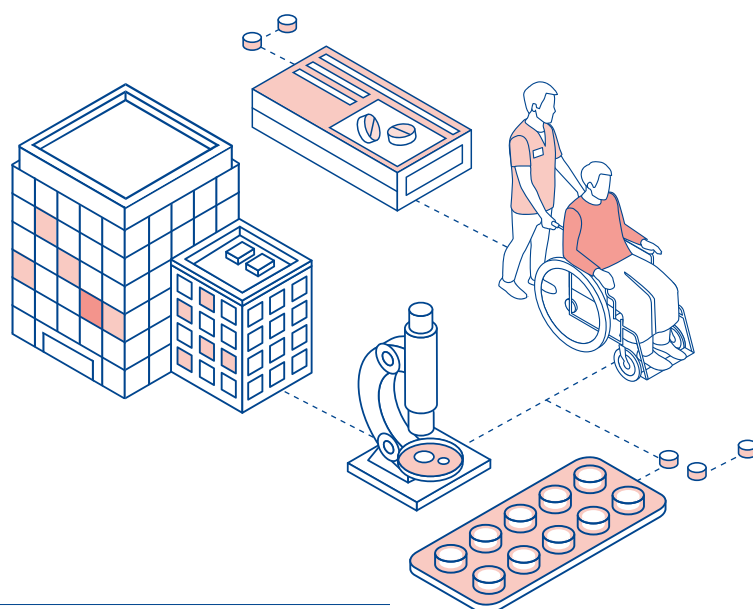
Ambition 4 : Un hôpital responsable

SOMMAIRE

Introduction.....02

Méthodologie.....03

Les axes du projet qualité.....04



Fiches actions

AXE 1. Consolider l'appropriation d'une culture partagée de sécurité des soins, garante de la continuité de soins de qualité

- 1.1. Renforcer la lisibilité de la démarche qualité et des priorités en matière de gestion des risques au niveau institutionnel, au sein du CHRU et en dehors.....06
- 1.2. Accompagner la montée en compétences des pôles en matière de démarche qualité et de gestion des risques associée aux soins, dans une logique de réseau et de transversalité.....08

AXE 2. Structurer la réponse institutionnelle aux Situations Sanitaires Exceptionnelles afin d'accompagner l'appropriation d'une culture de la gestion de crise au sein du CHRU et dans le territoire

- 2.1. Réviser le pilotage de la gestion de crise et prioriser les risques à traiter en matière de Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).....10

INTRODUCTION

L'activité du CHRU de Tours est éminemment tournée vers l'humain : celui qui soigne, celui qui souffre, celui qui cherche, celui qui fait équipe. Ainsi, l'objectif central de l'humain est de progresser vers son résultat en restant en contrôle [...] de la situation.

Dans son ouvrage « Piloter la sécurité », René Amalberti rappelle « *Les humains ne cherchent pas à travailler sans erreurs ; ils cherchent à obtenir un résultat satisfaisant en minimisant les coûts négatifs (temps perdu, incidents). L'objectif central de l'humain est de progresser vers son résultat en restant en contrôle [...] de la situation.* » Ainsi, pour répondre aux quatre ambitions de notre projet d'établissement 2024-2028 – l'excellence, l'attractivité, le territoire et la soutenabilité – il importe de consolider une démarche qualité et gestion des risques dynamique, partagée et soucieuse de subsidiarité, du juste niveau d'intervention.

Dans son nouveau référentiel de certification, la Haute Autorité de Santé, nourrie par le benchmark des expériences internationales et des revues de littérature, identifie plusieurs piliers pour garantir la qualité des soins d'une organisation : le travail d'équipe, la formation, la pluridisciplinarité et l'évaluation des pratiques.

Aussi, afin de répondre aux défis liés aux changements de notre environnement (la place du numérique dans les pratiques de soins, la gestion de crise, la transition écologique, l'innovation, etc.) tout en répondant aux ambitions partagées de ce nouveau projet d'établissement, il paraît indispensable de consolider une démarche qualité transversale, à même de faire entrer en résonance les acteurs pluriels dans le but d'identifier, ensemble, les réponses à apporter pour notre institution aux risques connus et moins connus.





MÉTHODOLOGIE

Ce projet qualité a été travaillé à partir :

- » Du bilan du projet d'établissement 2019-2023,
- » Des recommandations et préconisations formulées par les experts-visiteurs lors de la dernière visite de certification, en mars 2022,
- » De l'analyse des résultats des Indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins (IQSS) dont les résultats E-Satis sur la satisfaction des patients,
- » De l'analyse tirées des conférences stratégiques polaires 2023,
- » Des bilans des différentes commissions et comités pilotés par la Direction des Relations avec les Usagers et de la Qualité,
- » De l'analyse de l'évolution du cadre réglementaire dans le domaine (et notamment en matière de gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles et de risque numérique),
- » Des préconisations de la sous-commission Qualité de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU.

Il a été élaboré au travers de la démarche projet proposée par le CHRU de Tours pour la rédaction du projet d'établissement 2024-2028 et animée par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et le cabinet Vraiment/Vraiment.



Il a fait l'objet d'une concertation en équipe qualité, en sous-commission Qualité et Gestion des Risques de la CME, en réunion de coordonnateurs qualité de pôle, en comité qualité du GHT Touraine -Val de Loire.

LES AXES DU PROJET QUALITÉ

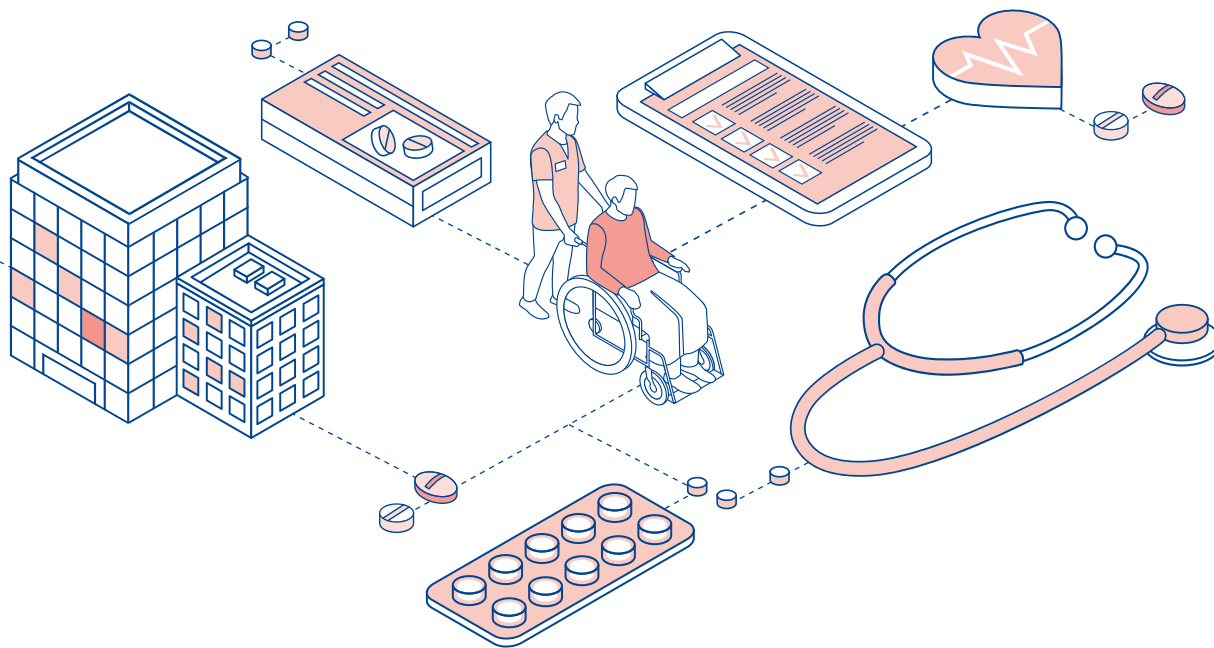
Ce projet qualité vise à constituer une feuille de route de référence pour l'action pilotée par la sous-commission Qualité et Gestion des Risques de la CME et la Direction des Relations avec les Usagers et de la Qualité en matière de politique qualité et gestion des risques associés aux soins pour la période 2024-2028. Il est décliné en cohérence avec les axes du projet médical, le projet de soins et le projet des usagers. Il cherche à répondre à deux grands enjeux :

- » La consolidation et l'approbation d'une culture partagée de sécurité des soins, garante de la continuité de soins de qualité
- » La gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) au CHRU.

Le premier axe, consacré à l'amélioration de l'appropriation d'une culture de sécurité des soins à l'ensemble de l'institution, traite à la fois de la nécessité de dessiner une ligne claire autour des priorités matricielles en matière de politique qualité et gestion

des risques, et de celle de structurer le dialogue, la polyphonie, autour de la démarche qualité afin de permettre à chaque collectif, à son niveau, de se saisir de ses enjeux propres mais aussi de les partager voire d'être accompagné, dans une logique de courte-échelle et d'horizontalité.

Le deuxième axe est dédié à la gestion de crise et l'importance de médicaliser la planification des réponses aux Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE).



FICHES ACTIONS



AXE 1.

Consolider l'appropriation d'une culture partagée de sécurité des soins, garante de la continuité de soins de qualité

- 1.1. Renforcer la lisibilité de la démarche qualité et des priorités en matière de gestion des risques au niveau institutionnel, au sein du CHRU et en dehors 06
- 1.2. Accompagner la montée en compétences des pôles en matière de démarche qualité et de gestion des risques associée aux soins, dans une logique de réseau et de transversalité 08

AXE 2.

Structurer la réponse institutionnelle aux Situations Sanitaires Exceptionnelles afin d'accompagner l'appropriation d'une culture de la gestion de crise au sein du CHRU et dans le territoire

- 2.1. Réviser le pilotage de la gestion de crise et prioriser les risques à traiter en matière de Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE) 10

FICHE 11.

RENFORCER LA LISIBILITÉ DE LA DÉMARCHE QUALITÉ ET DES PRIORITÉS EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES AU NIVEAU INSTITUTIONNEL, AU SEIN DU CHRU ET EN DEHORS

Ambition 4 : Un hôpital responsable

→ POURQUOI CET OBJECTIF ?

Depuis 25 ans, la certification portée par la Haute Autorité de Santé a beaucoup évolué. Fidèle à ses objectifs consubstantiels premiers, tournés vers des enjeux de sécurisation des soins et de transparence à l'égard de la population, la certification met désormais l'accent sur trois dimensions (cf. référentiel V2024) :

- » La médicalisation de la certification et la meilleure considération pour le résultat de la prise en charge du patient. En ce sens, la certification renvoie à la culture médicale hospitalière fondée sur l'Evidence Based Medicine et la nécessité d'envisager chaque nouvelle approche d'évaluation et d'amélioration des pratiques dans une logique de revue de preuves. Ainsi, les attendus en matière d'expérience patient dépassent les seuls enjeux de l'animation de la démocratie sanitaire pour recueillir -au plus près des expériences individuelles- des retours cumulés et analysés sur les résultats cliniques (PROMS) et de qualité de vie (PREMS) pour les patients eux-mêmes.
- » La simplification des démarches de certification.
- » Valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins. Il s'agit d'un enjeu identifié de longue date dans la structuration des coopérations sanitaires : mailler le territoire, faire vivre le principe de subsidiarité dans nos organisations de soins afin de permettre d'accueillir les patients au mieux de leurs impératifs individuels en fonction de leurs besoins de soins. La démarche qualité doit alors constituer un relais, un appui à la sécurisation de filières médico-soignantes, mais s'inscrit plus largement dans une logique de prévention/promotion des bonnes pratiques en santé intégrant les facteurs déterminants de santé.

De plus, on constate une tendance bien plus marquée de la HAS à « dégrader » les résultats de la certification des établissements de santé en écho, semble-t-il, à la baisse généralisée de la qualité des soins souvent constatée ces dernières années (post-Covid).

Pour son territoire de référence, le CHRU de Tours propose une offre de soins qui couvre à la fois des activités de proximité, de recours que de pointe. Ainsi les équipes sont amenées à jongler entre des niveaux de risques très différents, associant souvent des activités d'une extrême technicité avec des conditions matérielles d'accueil contraintes (à l'origine des projets du Nouvel Hôpital Psychiatrique (NHP) et du Nouvel Hôpital Trousseau (NHT)). Sans perdre de vue l'enjeu de la soutenabilité, il convient ainsi d'accompagner la montée en charge d'une compétence générale en matière de démarche qualité et de gestion des risques associées aux soins.

Tout d'abord, ces activités variées s'inscrivent dans des référentiels d'évaluation, d'accréditation et/ou de certification (COFRAC, JACIE,

iso 9001, etc.) souvent complémentaires et néanmoins distincts. Des équipes de techniciens et d'ingénieurs qualité différentes œuvrent à l'accompagnement de ces approches variées. Ainsi si la méthode portée par la Haute Autorité des Soins est davantage tournée vers la sécurité des soins en continu – à l'image de ce qui se déploie en radioprotection –, dans une logique de parcours et de culture partagée, d'autres évaluations se concentrent davantage sur l'exhaustivité de la traçabilité ou la sécurisation de l'innovation. Afin de préciser les contours du management de la qualité institutionnelle, il paraît utile de préciser les besoins et modalités de dialogue entre ces différentes démarches qualité.

Par ailleurs, dans le prolongement des bons résultats de certification 2022 (94% en moyenne), il semble indispensable d'entretenir l'animation d'une culture qualité institutionnelle, à même d'accompagner la préparation à la prochaine certification. Cette animation nécessiterait alors sans doute de renforcer la lisibilité d'une démarche institutionnelle en matière de qualité et de sécurité des soins, au travers notamment de son articulation avec le travail des instances et de la priorisation de certains sujets collectifs et partagés (logique de top-down). Au regard des attentes en matière qualité et de gestion des risques en CHU et de celles exprimées par les acteurs du CHRU de Tours, il semble pertinent de prioriser le déploiement d'une Gestion Électronique Documentaire (GED) unifiée – intégrant une véritable validation qualité du contenu – et la révision profonde du dispositif et de l'outil de déclaration des événements indésirables institutionnels.

En matière de réseau, l'implication du CHRU de Tours dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins dans HUGO ou encore dans la commission qualité de la conférence de DG de CHU pourrait être plus intégrative, afin de mieux mettre en valeur les réussites des équipes du CHRU sur ces sujets et d'aider à l'amélioration des pratiques au-dedans et au dehors de l'établissement (réseau national). De plus, un certain nombre d'agents du CHRU de Tours présentent des compétences spécifiques en matière de qualité et de sécurité des soins (experts visiteurs, formations, etc.) sans qu'elles soient nécessairement sollicitées efficacement pour accompagner la démarche qualité à un niveau établissement.

Enfin, le CHRU de Tours occupe une place particulière en matière de soins dans son territoire d'influence, et en particulier dans la région – notamment vis-à-vis du CHRO – et plus particulièrement en tant qu'établissement-siège du GHT TVL. À ce titre, il pourrait être amené à renforcer ses coopérations en matière de qualité et de sécurité des soins, en soutien de la graduation des soins

et de la sécurisation des parcours des patients. L'engagement à procéder à une certification commune avec le CH de Luynes en 2026 pourrait ainsi constituer une opportunité de renforcer

l'approche territoriale de la démarche, en appui à la sécurisation des filières médicales dans le GHT TVL.

→ QUEL EST L'OBJECTIF ?

Structurer la démarche qualité et la gestion des risques associés aux soins institutionnelles -en lien avec le GHT TVL et le niveau

national- afin de la rendre lisible et d'accompagner une culture institutionnelle commune dans le domaine.

→ COMMENT ATTEINDRE L'OBJECTIF ?

Action 1

Améliorer la structuration institutionnelle de la démarche qualité et la gestion des risques afin :

- » De garantir sa transversalité, dans une perspective d'aide à la décision de la gouvernance ;
- » De promouvoir les projets prioritaires en la matière (déploiement de la Gestion Électronique Documentaire (GED), révision de la démarche de déclaration et de traitement des Événements Indésirables, intégration des actions correctives sollicitées par les audits de l'Autorité de Sûreté Nucléaire ou de la Haute Autorité de Santé (HAS), etc.) ;
- » De renforcer la visibilité des enjeux que la démarche qualité des soins sous-tend, par son intégration plus systématique dans les projets ;

Modalités de mise en œuvre

- » Réviser le « dispositif qualité », soit le document destiné à préciser le cadre de la politique qualité et son pilotage, afin de clarifier les niveaux d'articulation entre les multiples acteurs (Président de la Commission Médicale d'Établissement (PCME), Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins (COGRAS), trios de pôles, coordinatrice générale des soins, Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RSMQ-PECM), etc.), comités et sous-commissions (Qualité et Gestion des Risques, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition (CLAN), Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), etc.) dans la démarche Qualité et gestion des risques de l'institution ;
- » Structurer et animer l'élaboration et le suivi d'un Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel, en lien avec les commissions concernées (CME, CSIRMT, CDU, etc.), dans une perspective d'aide à la décision et au pilotage sur ces sujets ;

- » Assurer le traitement des recommandations de la HAS émises lors de la précédente visite de certification (révision de la politique d'affichage, développement d'une politique d'Évolution des Pratiques Professionnelles (EPP), etc.), des évolutions réglementaires associées à la démarche qualité et proposer une préparation de la prochaine certification au niveau institutionnel ;
- » Déployer la GED dans l'ensemble des pôles cliniques avant 2026 puis à l'ensemble de l'institution ;
- » Renforcer la déclaration et l'analyse des événements indésirables associés aux soins à l'occasion du passage de Kaliweb à Ennov Process ;
- » Améliorer la prise en compte des objectifs et des résultats en matière de démarche qualité et de sécurité des soins dans l'évaluation des différents projets institutionnels (projets médicaux-soignants, projets pour la prime d'engagement collectif, etc.).

Action 2

Renforcer le partage en matière de démarche qualité au sein du GHT TVL et au niveau interrégional, dans une recherche

- » D'amélioration continue des pratiques ;
- » D'acculturation partagée au sein du GHT TVL ;
- » D'accompagnement et de préparation de la prochaine visite de certification commune ;

Modalités de mise en œuvre

- » Participer aux travaux et aux évaluations portées par la Commission Qualité de la Conférence Stratégique des Directeurs Généraux de CHU ;
- » Animer la préparation et le suivi d'une certification commune avec le CH de Luynes afin d'accompagner une montée en charge d'une culture sécurité des soins partagée dans le GHT TVL.

COMMENT MESURER L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF ?

- » Amélioration significative des déclarations d'EI et de l'intégration des résultats de leur analyse dans la gestion des risques institutionnelle.
- » Déploiement de la GED dans les pôles.
- » Résultats de la certification commune HAS 2026.

FICHE 1.2.

ACCOMPAGNER LA MONTÉE EN COMPÉTENCES DES PÔLES EN MATIÈRE DE DÉMARCHE QUALITÉ ET DE GESTION DES RISQUES ASSOCIÉE AUX SOINS, DANS UNE LOGIQUE DE RÉSEAU ET DE TRANSVERSALITÉ

Ambition 3 : Un hôpital porteur d'une vision territoriale et d'une approche des soins coordonnée

→ POURQUOI CET OBJECTIF ?

Les trois dimensions mises en avant dans la nouvelle mouture de la certification entraînent plusieurs effets dans une recherche de subsidiarité et d'évaluation « au plus près » des risques :

- » La médicalisation de la certification et la meilleure considération pour le résultat de la prise en charge du patient nécessitent une implication des responsables médicaux des activités dans les analyses et les décisions de priorisation des actions d'amélioration utiles à l'excellence des pratiques et au maintien du niveau des soins en continu ;
- » La simplification des démarches de certification renvoie elle aussi à une logique de résultat, de la démarche qualité cette fois. Ainsi, si l'on se replace sur la roue de Deming – souvent utilisée pour illustrer la démarche qualité – le regard de l'évaluation de la certification se situe désormais au niveau de l'action. Il ne s'agit plus (seulement) de savoir si la politique est fixée, si les processus sont rédigés et connus, mais surtout de s'assurer que les équipes les appliquent au quotidien, au plus près du patient et de leurs proches. En fixant la priorité autour de cette recherche de résultats, les établissements sont laissés libres de fixer l'organisation la plus à même de répondre aux enjeux, en fonction de leurs spécificités (architecture, surspécialités, positionnement territorial et population de référence, etc.). Ainsi, dans une logique de courte-échelle (bottom-up), il importe d'accompagner les services et pôles cliniques dans l'identification de leurs organisations les plus adaptées afin de se donner à voir et à travailler ensemble à l'amélioration et à la sécurisation des pratiques de soins ;
- » Valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins. En ce sens, le pilotage médical des filières de soins pourrait être utilement soutenue par une démarche qualité partagée à l'échelle du GHT Touraine-Val de Loire (cf. Fiche action A1-1).

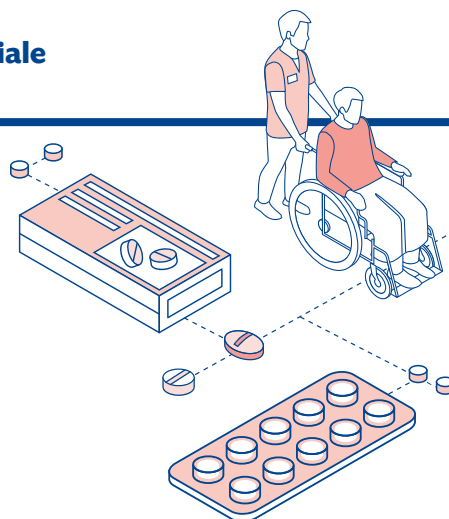
Plus largement, les approches plurielles sur la gestion des risques en établissement de santé (audit de l'Agence de Biomédecine, inspections de l'Autorité de Sécurité Nucléaire, Evaluations externes des structures médico-sociales, démarches ISO, etc.) tendent à se rejoindre dans leurs approches et leurs objectifs : s'assurer de la médicalisation éclairée de la décision et de la réalité d'une

démarche qualité transversale d'amélioration continue des pratiques (dynamique d'analyse des écarts et de corrections au juste niveau).

En matière d'organisation, l'histoire du CHRU de Tours est au carrefour d'intégration réglementaires (la mise en place des pôles cliniques, la mise en valeur des services comme échelon d'organisation pertinent sur plusieurs sujets, les obligations juridiques liées à l'exercice de certaines activités comme prochainement la réforme des soins critiques), d'acteurs, d'équipes, de partenaires et d'usagers qui ont façonné son identité médico-soignante, et d'architecture. Aussi l'animation d'une dynamique croisée de top-down et de bottom-up en matière de gestion de risque et de démarche qualité nécessite la possibilité pour les pôles d'identifier leurs priorités d'amélioration et de sécurisation des soins et le niveau ad hoc de portage de ces actions au sein du CHRU.

À ce stade, les pôles présentent des niveaux de maturité assez variés en matière d'appropriation de la démarche qualité, souvent liés aux acteurs, au cadre réglementaire d'exercice (activité soumise à des normes ISO ou non, historique en matière d'audits extérieurs, etc.) et aux pratiques des équipes. À l'intérieur d'un même pôle, il est fréquent de rencontrer deux services qui traitent l'amélioration des pratiques avec une efficacité et une lisibilité très différente.

Au niveau du pilotage institutionnel, un tableau de bords d'indicateurs et des actions qualité ont été intégrés aux contrats de pôles. Pour autant, le plus souvent ces éléments ont été jugés mal adaptés et finalement abandonnés de part et d'autre. Aujourd'hui, la plupart des pôles et des services ne disposent pas d'une feuille de route partagée (voire partageable) avec la Commission Médicale d'Établissement (CME), la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et la direction en charge de l'animation de la démarche qualité et de la gestion des risques associés aux soins et, à plus forte raison, la gouvernance du CHRU.



→ QUEL EST L'OBJECTIF ?

Structurer le dialogue (vertical et horizontal) et l'accompagnement des pôles en matière de qualité et de gestion des risques à des fins d'encapacitation (empowerment) et d'acculturation des équipes dans les soins.

→ COMMENT ATTEINDRE L'OBJECTIF ?

Action 1

Renforcer la place des trios de pôle ou de leurs représentants (coordonnateurs qualité des pôles) dans le dialogue de gestion avec la gouvernance, et accompagner les pôles dans la structuration de la place faites aux remontées des services en fonction de leur identité collective.

Modalités de mise en œuvre :

- » Réviser, en concertation avec les pôles, les objectifs qualité des contrats de pôle pour y intégrer les priorités institutionnelles et celles identifiées par le pôle pour lui-même ;
- » Faire du Plan d'Actions Qualité et Sécurité des Soins un outil privilégié d'aide à la lecture et à la décision en matière de qualité et de gestion des risques à l'échelle du pôle, voire du service : aide au recensement des résultats d'analyse des risques, à la priorisation et au suivi des actions à mener ;
- » Accompagner la structuration des attendus liés à un comité qualité de pôle ;
- » Renforcer la lisibilité des possibilités, des modalités de recours à des experts et des outils à la disposition des services en matière de démarche qualité et gestion des risques (ateliers qualité polaires, correspondant de pôle, COGRAS, RSMQ PEM, etc.) ;
- » Moduler le niveau d'accompagnement des pôles et des services en fonction du niveau de maturité qualité et de la criticité des risques associés à l'activité.

Action 2

Animer une culture sécurité des soins fondée sur le partage et la transversalité.

Modalités de mise en œuvre :

- » Assurer une animation dynamique du réseau des représentants polaires en matière de qualité et de gestion des risques à des

fins de montée en compétences, de partage et d'harmonisation des approches dans le domaine ;

- » Proposer des actions et des outils d'aide à l'appropriation de cette culture de sécurité des soins quelle que soit la fonction des acteurs dans les soins : temps de rencontres dédiés entre l'équipe de la direction qualité et les pôles (formation/sensibilisation), large disponibilité/accessibilité des outils ;
- » Valoriser et diffuser les bonnes pratiques dans le domaine, dans une logique de courte-échelle (bottom-up) ;
- » Consolider la mise en réseau des experts sur certains sujets afin de sécuriser la possibilité de recours à cette expertise au CHRU (groupes des auditeurs cliniques et ISO, association des experts-visiteurs aux travaux sur la démarche qualité, services concernés par l'évaluation externe médico-sociale, etc.).

Action 3

Assurer un pilotage transversal des risques partagés par plusieurs pôles.

Modalités de mise en œuvre :

- » Consolider l'appui au pilotage des risques associés à l'activité nucléaire ;
- » Proposer des modalités dédiées et ad hoc ou consolider le pilotage des risques transversaux identifiés comme critiques et/ou récurrents (groupe « urgences vitales intra-hospitalières », groupe « contention » ou « endoscopie » portés par la Direction des soins, recommandations de la HAS en matière d'affichage, recommandation de l'assureur pour la maîtrise du risque « erreur de côté », etc.).

COMMENT MESURER L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF ?

- » Utilisation d'un PAQSS institutionnel et de PAQSS polaires.
- » Augmentation du nombre de comités qualité de pôle mis en place.
- » Amélioration significative des résultats des inspections/audits en lien avec les risques associés aux soins transversaux (réduction du nombre et de la criticité des actions correctives demandées par l'ASN).
- » Résultats de la certification 2026.

FICHE 2.1.

RÉVISER LE PILOTAGE DE LA GESTION DE CRISE ET PRIORISER LES RISQUES À TRAITER EN MATIÈRE DE SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

Ambition 4 : Un hôpital responsable

→ POURQUOI CET OBJECTIF ?

L'expérience internationale récente de la crise du COVID et la multiplication des crises hospitalières à plus petite échelle (cyberattaques de plusieurs hôpitaux en France, mobilisation de plus en plus fréquente des plans Vigipirate, etc.) soulignent la nécessité pour les hôpitaux d'anticiper leurs organisations dégradées en cas de saturation de leurs moyens. La Haute Autorité de Santé intègre ainsi à son référentiel V2024 plusieurs critères d'évaluation de la capacité des établissements de santé à gérer la crise ayant un impact sur les soins, quelle que soit sa nature.

Par ailleurs, la révision de la cartographie des expertises en matière de gestion des Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE), par déclinaison de compétences précédemment concentrées à l'échelle des zones de défense, obligent désormais les CHU en matière d'expertise régionale et d'appui aux établissements de niveau 2 et 3 sur ces aspects. Reconnus référents sur tout ou partie des risques qui relèvent du plan ORSAN de l'Agence Régionale de Santé (AMAVI, NRC, REB, UMP), ils sont attendus à l'aide à l'élaboration des planifications de l'Agence, mais aussi dans l'appui

à la montée en compétences de l'ensemble des établissements de santé de la région.

Ainsi, la double évolution du contexte national et du cadre réglementaire renvoie les CHU à une mobilisation spécifique sur ces aspects, tant pour appréhender la gestion des SSE pour lesquels ils constituent un établissement de recours, que pour aider les établissements à structurer leur réponse en déclinaison du plan ORSAN.

Actuellement, au CHRU de Tours, des acteurs pluriels et experts dans leurs domaines portent des actions – coordonnées pour partie au travers du Comité de Pilotage SSE – mais dont la résonance institutionnelle et l'articulation avec le fonctionnement « en situation ordinaire » n'est pas toujours suffisamment lisible et partagé à l'ensemble des responsables de pôle et de service. Compte-tenu de l'impact que ces crises pourraient avoir sur les organisations de soins, il paraît utile de prioriser le traitement des risques majeurs et probables, afin de mobiliser la communauté autour d'enjeux partagés et facteurs de sens dans la réalisation de ce travail de prévention.

→ QUEL EST L'OBJECTIF ?

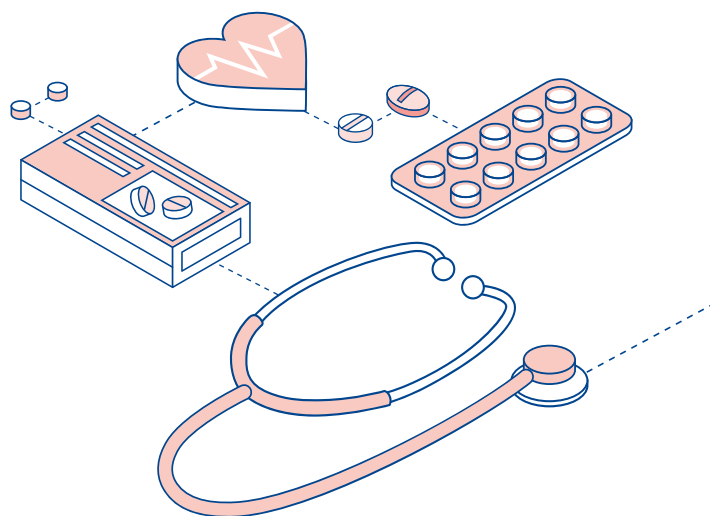
Assurer un pilotage transversal de l'élaboration des plans de gestion des SSE pour garantir une appropriation médico-soignante des organisations révisées projetées.

→ COMMENT ATTEINDRE L'OBJECTIF ?

Réviser la structuration du pilotage et sa déclinaison en matière de politique de gestion des SSE afin de garantir des réponses médico-administratives coordonnées et matures d'aide à la décision pour la gouvernance et les autorités extérieures face à la crise et à sa préparation.

Modalités de mise en œuvre :

- » Constituer un Comité de Pilotage SSE, en appui de la Commission Médicale d'Établissement (CME), participatif et représentatif de l'ensemble des risques liés aux SSE ;
- » Prioriser les risques à traiter en matière de SSE pour le CHRU afin d'orienter le travail à réaliser :



- Compte-tenu de la probabilité de survenance : les risques inondation (volet EPI-Clim), cyberattaque et REB ;
- Compte-tenu des attendus d'expertise du CHU à l'échelon régional : les risques AMAVI, NRC et UMP (CUMP désormais renforcée).

- » Déployer une méthode d'acculturation à la gestion de crise et à la réponse aux SSE plus efficace afin d'accompagner la montée en compétences des équipes sur le sujet ;
- » Favoriser l'organisation des travaux et exercices en transversalité (au-delà de la distinction des responsabilités sur le PSE, le plan de continuité numérique, etc.) afin d'appréhender les impacts de différentes crises dans une approche globale de maintien priorisé des organisations de soins ;
- » Renforcer les liens avec les partenaires et autorités sur ces aspects (participations croisées aux exercices et RETEX, rencontres régulières, partages d'information et de documents, etc.) afin de garantir la prise en compte des enjeux du CHRU dans des crises susceptibles d'impacter son organisation ;
- » Intégrer les évolutions réglementaires dans une perspective élargie au GHT Touraine-Val de Loire en matière de SSE.

COMMENT MESURER L'ATTEINTE DE L'OBJECTIF ?

- » Révision du Comité de Pilotage SSE.
- » Mise en place de l'équipe SSE-ESRR.
- » Cartographie des activités médicales à préserver en priorité en cas de cyberattaque ou de crise à cinétique rapide.
- » Mise à jour de la documentation précisant les moyens génériques de crise, leur mobilisation et leur suivi et réalisation de formations auprès des concernés sur ces aspects.
- » Résultats de la visite de certification sur les critères en lien avec la gestion de crise et la prévention de la crise cyber.





Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours
37044 Tours cedex 9
02 47 47 47 47

www.chu-tours.fr



CHRU de Tours



CHRU de Tours



chudetours



CHRU_Tours