



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**CENTRE HOSPITALIER  
DE LUYNES**

Avenue du CLOS MIGNOT  
37230 Luynes



Validé par la HAS en Décembre 2022

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)



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

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	22
Annexe 3. Programme de visite	26

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

- des critères standards correspondent aux attendus de la certification;
- des critères impératifs correspondent à ce que l'on ne veut plus voir au sein d'un établissement de santé. Ils ont un impact particulier dans la décision de certification. En effet, si une évaluation de l'un de ces critères est négative pour un ou plusieurs de ses éléments d'évaluation, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification de l'établissement.
- des critères avancés correspondent à des exigences souhaitées mais non exigibles à ce jour. Ils correspondent potentiellement aux critères de certification de demain et sont valorisés pour les établissements qui peuvent y répondre sous condition d'un niveau minimal sur l'ensemble des critères standards et impératifs.

**| ... et sur des méthodes**

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans l'établissement de santé
- des parcours traceurs pour évaluer la continuité et la coordination de la prise en charge des patients, le travail en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini
- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

Les résultats des évaluations réalisées durant une visite de l'établissement par des experts-visiteurs se traduisent dans un rapport de visite articulé en cohérence avec les 3 chapitres du référentiel.:

- Le premier chapitre concerne directement le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, ses besoins spécifiques pris en compte de la même façon que ses attentes et ses préférences. Au-delà, l'engagement du patient est recherché. Son implication comme partenaire de sa prise en charge, tout comme celle de ses proches et aidants, est favorisée par l'expression de son point de vue sur son expérience et le résultat des soins.
- Le deuxième chapitre concerne les équipes de soins, à tous les niveaux. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés au soin. Les analyses des événements indésirables associés aux soins, notamment les événements indésirables graves ainsi que des rapports de certification précédents conduisent à mettre un accent particulier sur le risque infectieux et le risque lié aux médicaments.
- Le troisième chapitre concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.

Cette structuration permet l'analyse croisée entre le résultat pour le patient, les pratiques mises en œuvre par les équipes de soins et la dynamique impulsée par la gouvernance de l'établissement et du groupement, le cas échéant.

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

Sur la base du rapport de visite, complété d'éventuelles fiches d'anomalies et des observations de l'établissement, la HAS adopte le rapport de certification et rend une décision. La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification valable quatre ans qu'elle peut assortir d'une mention ;
- une décision de non-certification impliquant la mise en œuvre d'une nouvelle procédure dans un délai maximum de deux ans ;
- une décision de certification sous conditions ; une nouvelle procédure est alors programmée dans un délai compris entre six et douze mois. À l'issue de cette seconde procédure, la HAS constate si l'établissement a rempli les conditions pour être certifié. Elle prononce alors une décision de certification, avec ou sans mention, ou une décision de non-certification.

Le rapport et la décision sont publiés sur le site Internet de la HAS et communiqués à l'autorité de tutelle de l'établissement.

L'établissement doit en assurer la plus large diffusion interne. Il doit notamment la porter à la connaissance des instances délibérantes, de la commission ou conférence médicale d'établissement et de la commission des usagers.

Ce rapport de visite est produit par l'équipe des experts-visiteurs dans un délai d'une quinzaine de jour après la fin des évaluations et de la réunion de restitution, il est transmis à l'établissement pour que celui-ci puisse formuler ses observations. Il sera remis également à la HAS et fera partie des éléments de référence pour l'élaboration du rapport de certification

# Décision

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide la certification de l'établissement.

# Présentation

CENTRE HOSPITALIER DE LUYNES	
Adresse	Avenue du CLOS MIGNOT 37230 Luynes FRANCE
Département / Région	Indre-et-Loire / Centre-Val-de-Loire
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	370002701	CENTRE HOSPITALIER DE LUYNES	Avenue du CLOS MIGNOT 37230 Luynes FRANCE

## Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

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

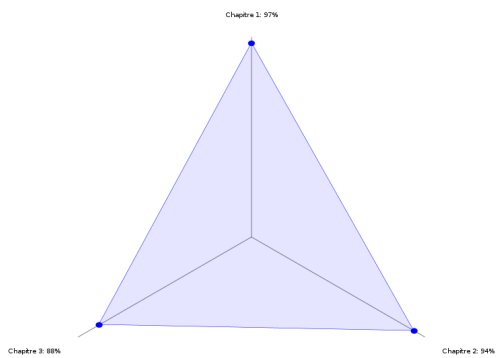


# Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

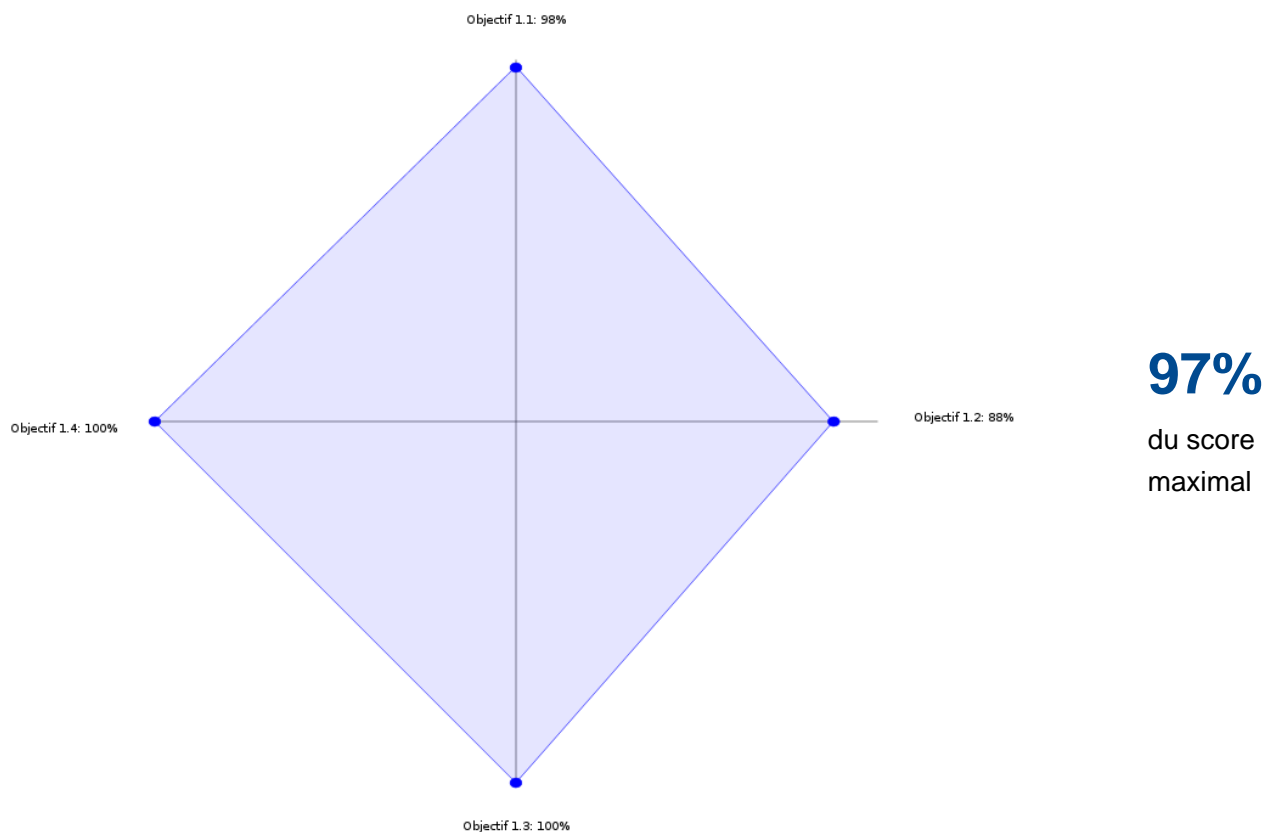
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

# Résultats



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

# Chapitre 1 : Le patient

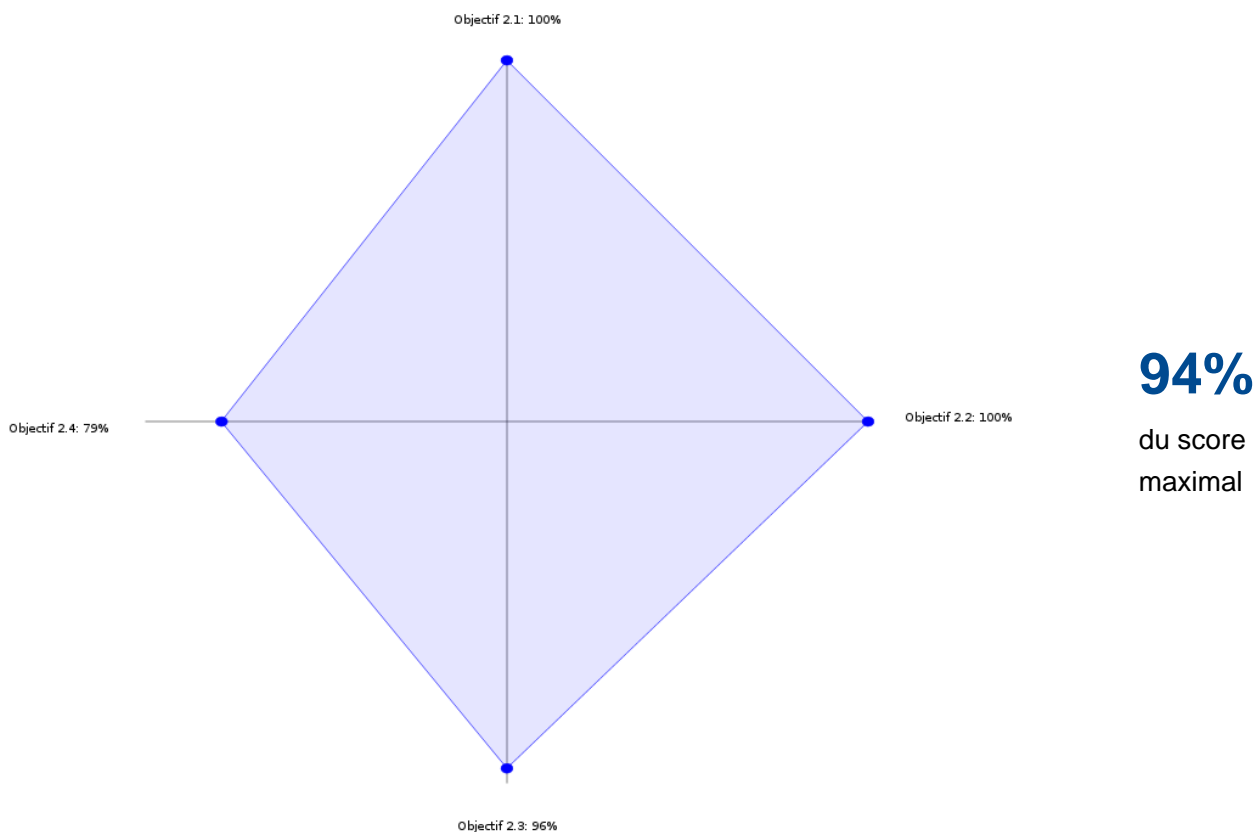


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	88%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le centre hospitalier Jean PAGES de Luynes comporte un secteur de Soins de suite et de réadaptation (SSR) polypathologique gériatrique de 70 lits, ainsi qu'une unité de soins palliatifs (USP) de 10 lits. L'établissement s'est engagé en 2019 dans une démarche de labélisation de l'accueil des patients, par suite d'un appel à projet du Groupement Hospitalier de Territoire. Fort de cette démarche, le centre hospitalier a obtenu le label « Vous accueillir » pour 3 ans, et poursuit sa démarche pour reconduire cette labélisation en 2022. Les patients accueillis bénéficient d'une information de qualité dès leur arrivée, par le biais d'un livret d'accueil dans lequel est inséré un passeport informations, reprenant de nombreuses thématiques tels que la personne de confiance, les directives anticipées, la déclaration des événements indésirables, l'hygiène des mains, la douleur, les médicaments etc. L'appropriation de ces informations est accompagnée par les différents professionnels, et

particulièrement l'infirmière de parcours tout au long du séjour. Les patients rencontrés ont pu témoigner de leur satisfaction des informations reçues, ainsi que de leur possibilité de s'impliquer et de consentir à leur projet de soins. La personne de confiance et la personne à prévenir sont recueillies au plus près de l'admission du patient. Sur l'unité de soins palliatifs ainsi que sur le SSR, les patients bénéficient d'une écoute sur leurs attentes et leurs besoins dans le cadre de la fin de vie notamment, incluant si nécessaire la personne de confiance. La mise en œuvre de la démarche palliative est en adéquation avec le respect du patient dans tous les secteurs. Les professionnels compétents de l'unité de soins palliatifs se rendent disponibles pour le secteur du SSR, mais aussi des EHPAD de l'établissement. Ils apportent leurs compétences tant dans la prise en soins des patients, que dans les formations qu'ils dispensent au sein de l'établissement. Les patients ont connaissance de la possibilité de contacter les représentants des usagers ou l'association JALMAV, des documents précisent leurs coordonnées, comme une carte de visite spécifique regroupant l'ensemble des représentants des usagers. Un questionnaire de sortie leur est remis avec le livret d'accueil, l'infirmière de parcours peut accompagner autant que de besoin les patients pour la complétude de ce document. Les patients sont informés de leur possibilité d'écrire en cas de réclamation, et de déclarer tout événement indésirable qu'ils constateraient auprès de l'encadrement en premier lieu, un document spécifique accompagne cette information dans le livret d'accueil. Les patients bénéficient du respect de leur intimité et de leur dignité dans tous les secteurs de l'établissement grâce à des pratiques professionnelles bienveillantes et des locaux adaptés. Les professionnels ont à cœur d'accompagner les patients majoritairement âgés dans les actes de la vie quotidienne tout en préservant leur autonomie. Les patients rencontrés ont fait part de leur satisfaction sur la qualité de prise en soins, et de la facilité à communiquer avec les professionnels. La confidentialité des informations patient fait l'objet d'une attention particulière, le dossier patient informatisé est sécurisé pour que les informations ne restent pas visibles lors des déplacements dans les couloirs et les observations ont pu confirmer l'absence d'échanges d'information dans des lieux de passage. Sur l'ensemble des patients traceurs réalisés, un patient a pu témoigner de la mise en place des barrières de lit par les professionnels et des informations qu'il avait reçues en lien avec cette contention (risque de chute). Pour autant, cette contention n'avait pas fait l'objet d'une prescription et de réévaluation. L'utilisation des contentions fait l'objet de procédures et l'ensemble des documents nécessaires de prescription, de surveillance et de réévaluation est présent dans le dossier patient informatisé. Ce dernier, mis en place récemment, et est en cours d'appropriation par les professionnels. L'établissement a engagé depuis plusieurs années un travail important pour la prise en charge de la douleur, avec la mise en place structurée d'échelles d'évaluation, de supports de formations et de mémos pour les professionnels. Les patients bénéficient donc d'une prise en charge de la douleur au quotidien. Toutefois, pour l'un des patients, dans le cadre de la prescription d'un antalgique si besoin, le niveau de douleur sur une échelle donnée qui déclenche l'administration médicamenteuse n'est pas précisé. Les proches et les aidants sont impliqués en tant que de besoin dans le projet de soins de leurs proches. Des modalités d'accueil spécifiques sont organisées pour permettre une présence, y compris de nuit auprès des patients, par la mise à disposition de lits accompagnants, d'une chambre particulière en USP, de salons des familles et de salles de pause famille, permettant la restauration sur place. La présence des proches est donc facilitée. La préparation de la sortie du patient fait l'objet d'une attention dès l'entrée du patient. Ainsi, à l'admission du patient, dans le cadre de la démarche pluridisciplinaire, un accompagnement social est proposé, les assistantes sociales interviennent auprès du patient et de leurs aidants. Des visites au domicile sont réalisées si besoin en collaboration avec l'ergothérapeute pour permettre une adaptation du lieu de vie.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins



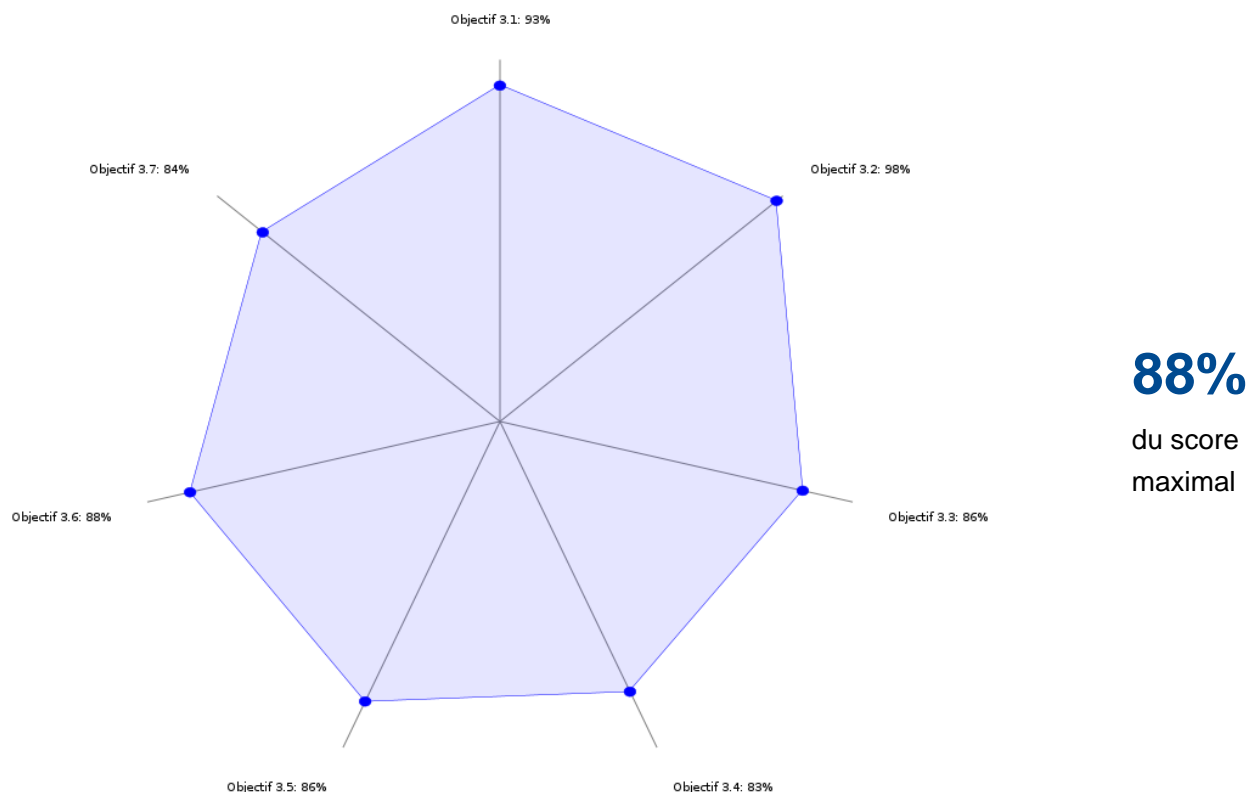
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	79%

Les équipes sont attentives à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un projet de soins personnalisé, construit de manière collective, pluridisciplinaire, incluant les patients et leurs proches. Ainsi, les demandes d'admission des patients sont possibles soit par l'outil national Trajectoire, soit par l'envoi d'un dossier papier par les établissements ou partenaires adresseurs. La pertinence du séjour en SSR, et en USP, est étudiée en collaboration avec l'équipe de soins et le médecin, qui acte l'entrée du patient au centre hospitalier. Pour l'USP, une visite du service avant l'entrée est proposée au patient. Un recueil de données exhaustif est réalisé dès l'entrée du patient et remis à jour régulièrement, permettant d'ajuster le projet de soins tout au long du séjour, et d'envisager les conditions de sortie précocement. Le patient est informé des soins et de leurs objectifs, son avis ou celui de ses proches est recueilli lorsque cela est possible. Des réunions de type staff sont organisées

dans les différents secteurs et permettent d'évaluer la pertinence des différents actes, et de les réajuster si nécessaire, notamment au regard des profils souvent complexes des patients polyopathologiques. Les professionnels ont bénéficié de formations spécifiques à la prise en soins des patients et disposent pour nombre d'entre eux de diplômes universitaires (Soins palliatifs, Éthique et prévention de l'accompagnement de la personne âgée, douleur, plaies et cicatrisation, psycho-gériatrie...). Ces compétences spécifiques sont dispensées sur les différents secteurs, les professionnels pouvant intervenir en dehors de leur service pour partager leur expertise. L'importance du travail en équipe est une valeur partagée par les différents acteurs de l'établissement. Lorsque le profil et le projet de vie du patient le permettent, les équipes évaluent la possibilité d'un transfert en Hospitalisation à Domicile. Cette évaluation est réalisée conjointement avec la structure d'HAD. La pertinence de certaines thérapeutiques fait l'objet de procédures particulières. Ainsi, concernant l'antibiothérapie, les prescripteurs ont un recours facilité aux référents infectieux du CHU, établissement support du GHT. Des formations et informations sont réalisées par le pharmacien en lien avec le Comité de Lutte des Infections Associées aux Soins (CLIAS) et les praticiens disposent d'outils d'aide à la prescription (outils antibioclic et antibiogarde par exemple). Ainsi les prescriptions des antibiotiques font référence à une justification clinique et sont réévaluées dans les 48 heures. Le logiciel du dossier patient permet aux praticiens de disposer d'une alerte et de la liste des patients sous antibiotiques, assurant ainsi la traçabilité de cette réévaluation. Concernant les transfusions, cette pratique est peu courante dans l'établissement (40 culots par an, pour une vingtaine de patients). L'établissement est donc organisé pour garantir la sécurité transfusionnelle, incluant la formation des professionnels, le suivi de ces produits sanguins labiles, l'évaluation de la pertinence de ces transfusions par le biais du Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH). Les transfusions sont réalisées uniquement en dehors d'un contexte d'urgence, en semaine uniquement. En lien avec la convergence du système d'information hospitalier sur le GHT, les équipes disposent depuis quelques mois d'un nouveau dossier patient informatisé unique sur le Centre Hospitalier. De nombreux formulaires permettent un recueil complet des informations concernant le patient et son parcours de soins, ainsi que l'évolution de sa santé au cours du séjour. L'ensemble des professionnels trace en temps utile les informations de son champ de compétences. Ainsi, le projet de soins du patient est retrouvé et partagé entre les différents intervenants, comprenant les rééducateurs et les assistantes sociales par exemple. Afin de compléter la prise en soins des patients, les équipes ont la possibilité de solliciter des avis spécialisés tant en lien avec le CHU, qu'un recours vers les spécialistes privés en tant que nécessaire. Les bilans biologiques sont quant à eux traités par l'établissement support du GHT. Les professionnels disposent ainsi d'un panel d'examen complémentaires nécessaire pour les patients hospitalisés. L'unité de soins palliatifs du CH Jean PAGES est la première unité de soins palliatifs instaurée dans le département. L'unité conçoit, met en œuvre et participe à des actions de recherche dans une dynamique pluridisciplinaire et si possible multicentrique dans les domaines de la recherche clinique et thérapeutique, de l'éthique, des sciences humaines et sociales et de la pédagogie en situations palliatives. Durant le séjour, l'accompagnement et la préparation de la fin de vie des patients incluent des soins de support, une prise en charge de la douleur médicamenteuse et non médicamenteuse, ainsi qu'un accompagnement psychologique. Les professionnels bénéficient de formations spécifiques. La cohésion d'équipe, vecteur de soutien dans les situations difficiles, contribue à une prise en charge pluridisciplinaire au bénéfice des patients accueillis. La lettre de liaison, remis le jour de la sortie aux patients, comporte l'ensemble des éléments attendus pour une bonne coordination des soins à la fin de l'hospitalisation. Un bilan thérapeutique est systématiquement inclus, permettant de comprendre l'évolution des thérapeutiques du patient au cours de son séjour. Les règles d'identitovigilance définies dans l'établissement sont connues et respectées des professionnels. En cas de risque de fugue des patients, risque identifié par l'établissement, sur prescription médicale, d'un bracelet d'alarme de sortie de l'établissement en plus du bracelet d'identification attribué systématiquement. Les quelques documents papier du dossier patient sont majoritairement identifiés selon les bonnes pratiques. Les principales vigilances sont connues des professionnelles, en particulier concernant la pharmacovigilance. Le circuit du médicament est sécurisé de sa dispensation à son administration. Le stockage des médicaments est conforme aux attendus, y compris pour les produits

thermosensibles. Une analyse pharmaceutique est réalisée par les pharmaciens, et le retour de cette analyse est disponible pour les praticiens et les infirmiers sur le dossier patient informatisé comprenant la prescription médicamenteuse. Les médicaments à risque font l'objet d'une attention particulière. La liste des produits est définie et disponible dans les services de soins, et une identification à l'aide du symbole de l'OMEDIT est mis en place tant dans les armoires à pharmacie que dans les réfrigérateurs. La préparation des piluliers est assurée par les équipes de nuit, la vérification ultime avant l'administration est réalisée par l'infirmière au plus près de la prise, et la traçabilité réalisée en temps réel. En revanche, la traçabilité du motif de non prise de traitement par le patient n'est pas toujours retrouvé. Pour les traitements en ½ comprimé, la pharmacie assure un reconditionnement, mis à disposition dans la dotation globale des unités. Les praticiens réalisent un bilan thérapeutique complet, retrouvé dans la lettre de liaison pour sécuriser la continuité du traitement au domicile. Concernant le risque infectieux, les professionnels connaissent et mettent en œuvre l'ensemble des précautions standards et complémentaires. L'équipe opérationnel d'Hygiène est bien connue des professionnels. Le CLIAS, instance en charge du risque infectieux, se réunit 4 fois par an. Des référents de terrain sont identifiés et font le lien entre l'instance et les pratiques de terrain. Différents supports permettent de plus de diffuser les bonnes pratiques (lettres qualité, le mensuel « Lisez-moi », flyer spécifique précautions...). Des procédures sont disponibles sur l'outil de gestion documentaire informatique. De nombreuses actions sont mises en place pour permettre l'appropriation des professionnels, mais aussi des patients à l'importance des règles d'hygiène. Des formations sont dispensées auprès des professionnels, des audits et évaluations sont réalisés, comme ont pu en témoigner les soignants par exemple sur la gestion des excréta, qui a permis la réalisation d'actions d'amélioration (changement de lave-bassin, formation spécifique...). Des journées à thème sont organisées, comme la journée hiver qui permet de sensibiliser les professionnels et les patients à l'importance de la vaccination, aux précautions standards, dont le lavage des mains. L'établissement a défini sa politique « zéro bijou », et a mis à disposition des professionnels des mousquetons pour faciliter cette appropriation. En lien avec des prises en soins complexes, les patients sont porteurs de dispositifs invasifs, intravasculaires notamment. Les professionnels disposent de procédures et l'accompagnement aux pratiques est réalisé par compagnonnage. La réévaluation de la pertinence et le suivi est réalisé sur le dossier patient informatisé. Toutefois, dans le cadre des dispositifs invasifs intravasculaires, il n'existe pas de formation spécifique et les pratiques ne font pas l'objet d'une démarche d'évaluation. L'établissement a identifié ce besoin, des objectifs de formation sont inclus au plan d'action 2023 du CLIAS. Des évaluations de pratiques professionnelles sont réalisées dans différentes thématiques (Sédation, contention, inhibiteur de la pompe à protons, Prescriptions Médicaments Inappropriés Pour les Personnes Agées « STOPP and START », troubles de la dénutrition, douleur...) et font l'objet de réévaluations après mises en place des actions d'amélioration. Les questionnaires de satisfaction, ainsi que le recueil des Indicateurs pour la qualité et la sécurité des soins sont suivis et analysés par l'établissement. Différents supports de diffusion de résultats sont affichés, et les résultats sont présentés par l'encadrement, lors de réunions de service. Les professionnels déclarent et partagent les événements indésirables par le biais d'un logiciel spécifique. Au regard de la taille de la structure et de la proximité des différents acteurs, la réactivité dans l'analyse de événements indésirables permet une réponse rapide pour la mise en place d'actions d'amélioration. Quelques CREX, s'appuyant sur une méthode d'analyse définie dans la procédure de gestion des événements indésirables sont réalisés, comme la gestion d'un événement sur le circuit du médicament en secteur d'EHPAD, ou une problématique de matériel de rééducation en SSR. Les actions d'améliorations mis en œuvre rayonnent sur l'ensemble des unités, et les retours d'expérience profitent ainsi à tous. A l'occasion de la journée mondiale de la sécurité des patients du 17 septembre, l'établissement s'est inscrit dans la 2nde édition du challenge « Ensemble, agissons pour la sécurité des patients » organisé par la FORAP, édition tout particulièrement consacrée à l'analyse et au partage des EI. Pour autant, l'appropriation de la démarche qualité n'est pas totale auprès des professionnels de terrain. Les actions d'amélioration issues des EPP, de l'analyse des EI, des indicateurs ou les recommandations des représentants des usagers ne sont que partiellement connues des soignants de terrain. Le turn-over actuel des soignants, en lien avec les problématiques de recrutement favorise cette perte d'informations.

# Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	93%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	86%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	86%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	88%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	84%

Le centre Hospitalier de Luynes est reconnu comme établissement de recours dans la prise en charge des situations complexes des patients gériatriques en SSR ainsi que sur son expertise en court-séjour concernant les soins palliatifs. Établissement en direction commune avec le CHU, support du GHT, le Centre Hospitalier met en œuvre de nombreux partenariats, formels et informels, pour fluidifier le parcours du patient gériatrique. Il



facilite notamment l'admission des patients y compris en provenance du domicile par la mise à disposition d'un dossier d'admission simplifié pour les médecins traitants. Son implication au sein du GHT permet une stratégie convergente et le développement de projets communs. Partie prenante du groupe spécifique gériatrique pour le projet médical du GHT, le travail réalisé permet la synchronisation des projets de l'établissement. La mise en place du dossier patient informatisé commun au GHT en est un exemple, l'établissement disposant de plus d'un accès au dossier patient du CHU dans l'attente du déploiement du DPI sur l'ensemble des établissements du GHT. Les différents partenaires tels que la maison de santé, la CPTS, l'HAD sont invités à participer à la CME pour permettre un échange sur les besoins et les attentes de chacun. Afin d'avoir un recours rapide à des avis spécialisés, l'établissement s'appuie d'une part sur les ressources de l'établissement support du GHT, et d'autre part sur les praticiens privés de son territoire. Une convention avec le centre d'imagerie privée de Langeais permet d'avoir accès à un plateau de radiologie conventionnelle. Les équipes peuvent faire appel à différentes équipes mobiles tels que l'équipe mobile de médecine physique et de rééducation, l'équipe mobile d'addictologie, l'équipe mobile gériatrique, l'équipe mobile plaies et cicatrisation. Un projet d'ouverture de la plateforme PAD'AGE 37 (plateforme d'Admission Directe Personne Âgée) aux SSR complète le dispositif. S'appuyant sur les ressources en interne, tant pour le secteur de l'EHPAD que pour le SSR ou l'USP, le recours aux urgences pour les patients pris en soins en cas de dégradation de l'état de santé est peu fréquent. Les modalités de communication permettent aux médecins traitants, aux patients et aux proches de contacter facilement les praticiens ou les services de soins. L'établissement s'est engagé dernièrement dans l'ouverture de sa communication sur les réseaux sociaux. Toutefois, l'alimentation du dossier médical partagé n'est pas encore possible par le biais du dossier patient informatisé, et la messagerie sécurisée de santé est en cours de déploiement. Soutenus par la direction, les praticiens et les équipes de soins s'inscrivent dans des travaux de recherche en partenariat avec le CHU, comme sur les troubles cognitifs en lien avec le Centre Mémoire Ressources Recherche (CM2R), facilité par la participation de 2 praticiens partagés avec le CM2R. Par ailleurs des articles de recherche sont publiés notamment dans le cadre des soins palliatifs. L'établissement participe au dispositif national I-Satis. En lien avec la population accueillie, le taux de répondants ne permet pas une analyse des résultats. En lien avec la commission des usagers, l'établissement promeut ce dispositif et poursuit de plus l'élaboration et la diffusion d'un questionnaire de satisfaction interne. L'analyse des résultats est portée par la cellule qualité auprès de la CDU et des professionnels et permet la mise en œuvre d'actions d'amélioration sur les résultats le nécessitant. La problématique récurrente de la restauration les a conduits de plus à mener une enquête trimestrielle supplémentaire sur la qualité de l'alimentation, pilotée par la responsable de production. Les plaintes et réclamations font l'objet d'un traitement systématique par l'équipe qualité en collaboration avec les professionnels de terrain. Ces plaintes et leurs réponses sont exposées dans leur intégralité aux représentants des usagers lors des CDU qui peuvent alors proposer des actions d'amélioration. Les demandes d'accès au dossier par les patients sont organisées et les délais suivis également en CDU. Les représentants des usagers ont fait part de leur satisfaction quant à la place donnée par l'établissement, par l'écoute attentive en CDU, mais aussi par leur participation à différentes sous-commissions de la CME. Le projet des usagers a été récemment validé, à la suite de l'élaboration par les représentants des usagers. Les patients ont été sollicités dans le cadre de la préparation de la certification, par la réalisation de patients traceurs en interne, ainsi que lors de l'audit lié au label « vous accueillir » qui a permis de recueillir auprès des usagers leur expérience en termes de qualité ressentie afin d'améliorer les pratiques. La bientraitance et l'Humanisme sont des valeurs fortes portées par l'établissement. Les professionnels bénéficient de formation à la communication auprès des patients. Un groupe bientraitance en place avant la crise sanitaire a repris ses travaux, avec la remise à jour d'une charte de bientraitance, et la reprise des quarts d'heures bientraitance lors des transmissions. Le signalement des situations de maltraitance, comprenant la maltraitance ordinaire est en place, connu des professionnels. Comme a pu nous en témoigner la direction, ce signalement est effectif. Afin de poursuivre et de renforcer cet axe fort de leur projet d'établissement, le plan de formation à venir a pour objectif prioritaire la bientraitance, avec la volonté que tous les professionnels bénéficient d'une formation spécifique. Les locaux, les pratiques des professionnels et le discours véhiculé

confirme l'appropriation de cette valeur par les équipes. L'établissement s'est organisé pour diffuser et soutenir la culture qualité et sécurité des soins. Différentes instances sont en place pour structurer la démarche (CLIN, CLUD, CLIAS par exemple) et s'appuie sur un COPIL QRE (Comité de Pilotage de la démarche qualité risques évaluation). Un plan de communication annuel est défini, permettant de cadencer les différentes informations transmises aux soignants, par le biais de réunions, de diffusion de lettres qualité par exemple. Des référents de terrain sont en place, et identifiés comme sur le risque infectieux par exemple (référents hygiène). Des quicks audits, le recueil des indicateurs sont réalisés par les professionnels. La cellule qualité participe aux différentes réunions de service, la disponibilité de l'ingénieur qualité a été soulignée par les équipes et les représentants des usagers. Les professionnels de terrain n'ont pu que partiellement exprimer leur compréhension de la démarche qualité de l'établissement. En effet, en lien avec un taux d'absentéisme important depuis quelques mois, majoré par un changement de l'encadrement de proximité récent, les équipes rencontrent des difficultés à s'approprier les différentes démarches mises en œuvre et promues par la gouvernance. Malgré des problématiques de recrutement sur des métiers en tension comme les infirmiers ou les rééducateurs, l'établissement s'attache à mettre en œuvre une politique de recrutement en adéquation avec ses besoins. Afin de maintenir les effectifs en poste, le recours à l'intérim ou la mobilisation des heures supplémentaires sont des solutions privilégiées par l'établissement. La majoration des tensions estivales sur le personnel a contraint l'établissement à fermer une unité de 25 lits de SSR, unité maintenue fermée au moment de la visite. Toutefois, dans le secteur du SSR ou de l'USP, des professionnels nommés assistant de vie social assurent des missions du champ de compétences des aides-soignantes, malgré l'absence de diplôme. Leur fiche de poste définit des tâches spécifiques de type hôtellerie ou bionettoyage mais également des soins d'hygiène et la surveillance de l'état clinique du patient. L'établissement accompagne ses professionnels dans le développement de leurs compétences et propose des départs en promotion professionnelle vers les IFAS. L'objectif à terme de l'établissement est de ne mettre en poste que des aides-soignantes diplômées. Les responsables et les cadres de santé bénéficient de formations spécifiques au management. Pour les professionnels faisant fonction de cadre ou de cadre supérieur, un dispositif de tutorat est mis en place en collaboration avec le CHU pour favoriser une montée en compétences et une évaluation objective du projet professionnel. Des réunions cadres viennent compléter le dispositif pour favoriser le retour d'expérience. Faisant suite aux entretiens de formation annuels, en adéquation avec les projets de l'établissement, les professionnels bénéficient d'un plan de formation spécifique. L'établissement favorise les formations diplômantes de type diplôme universitaire dans différents domaines. Établissement à taille humaine, le travail en équipe est soutenu et favorisé. Le sentiment d'appartenance est exprimé par les différents professionnels. Différents temps de réunions, de temps d'échanges formels et informels favorisent ce « travailler ensemble ». Dans l'unité de soins palliatifs, des réunions hebdomadaires, appelées réunion du jeudi, permettent de s'exprimer sur les irritants du quotidien, libérant la parole et permettant de trouver des solutions organisationnelles améliorant la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux. Dans l'ensemble des secteurs, des réunions de service sont organisées, temps de partage de l'information. L'encadrement de proximité favorise la communication en équipe et représente pour les professionnels le premier maillon en cas de conflits ou de difficultés. D'autres solutions de soutien des professionnels sont possibles, comme l'appel au psychologue du travail. Le recours à un médiateur extérieur a été réalisé en lien avec une dynamique d'équipe complexe. Ce travail de médiation s'est poursuivi en 2022 par l'évaluation du résultat par l'auditeur. Un groupe de travail récent vient d'être activé concernant la qualité de vie au travail. Une première réunion a eu lieu en septembre permettant de poser le cadre de la démarche QVT, et de débiter une première évaluation du ressenti des professionnels sur leur qualité de vie au Travail. Le diagnostic, la politique et le plan d'actions restent à définir. Une démarche de développement durable est en place dans l'établissement depuis plusieurs années. Un plan d'actions est élaboré et suivi. Le Centre Hospitalier bénéficie d'un plan de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires mis à jour récemment en lien avec les recommandations. Établissement de 3ème niveau, les professionnels connaissent les modalités de déclenchement du plan blanc et leur rôle dans cette organisation. Un exercice de déclenchement de la cellule de crise a été réalisé. À la suite de la précédente certification, l'établissement a

travaillé sur l'adéquation des chariots d'urgence vitale en lien avec les différentes unités. Les chariots sont disponibles, sécurisés et disposent du matériel nécessaire en cas d'urgence vitale. Ils sont vérifiés périodiquement par les professionnels. Lors de la visite, quelques traçabilités n'avaient pas été réalisées sur les mois précédents. L'établissement a été réactif en visite, et a re-sensibilisé les professionnels à la bonne tenue de ce matériel. Les professionnels bénéficient de formation AFGSU. Toutefois, lors des rencontres avec les professionnels, les réponses apportées sur la procédure, et notamment le numéro d'appel n'ont pas été uniformes. Le recours au numéro d'appel du SAMU (15) n'est pas un réflexe pour les professionnels rencontrés alors qu'une note d'information en 2021 précisait qu'en cas d'urgence vitale le numéro d'appel était le 15. Les professionnels disposent d'une gestion documentaire informatisée depuis peu, qu'ils se sont appropriés. Cet outil permet de plus la déclaration et le partage des événements indésirables déclarés. Le recueil de différents indicateurs est réalisé par la cellule qualité et les services de soins. Ces indicateurs sont communiqués aux équipes par le biais d'un tableau de bord spécifique. Le relai est aussi assuré par les équipes d'encadrement et l'ingénieur qualité. Le service a communiqué et expliqué lors des transmissions à chaque professionnel la politique Qualité ainsi que les orientations prioritaires fixées pour la période 2022-2023. Le plan d'actions qualité de l'établissement est alimenté par les différentes sources d'évaluation et l'analyse des indicateurs.

# Table des Annexes

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

## Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	370002701	CENTRE HOSPITALIER DE LUYNES	Avenue du CLOS MIGNOT 37230 Luynes FRANCE
Établissement principal	370001109	CENTRE HOSPITALIER DE LUYNES (SSR - USP)	Avenue du CLOS MIGNOT 37230 Luynes FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	10
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	70
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0



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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
2	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient âgé</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Adulte</p> <p>Médecine</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
3	Audit système	Dynamique d'amélioration		
4	Audit système	Entretien Professionnel		
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

			Programmé	
7	Audit système	Engagement patient		
8	Audit système	Coordination territoriale		
9	Audit système	Maitrise des risques		
10	Audit système	Représentants des usagers		
11	Audit système	Leadership		
12	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
13	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de précarité Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
14	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		/
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque per os
16	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		En fonction de la liste à jour mise à disposition par l'ES en visite
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards avec dispositif invasif ou sans dispositif invasif
18	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament antibiotique injectable

19	Audit système	QVT & Travail en équipe		
20	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		NA

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

