



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
SAINTE MAURE DE
TOURAINÉ**

90 avenue general de gaulle
37800 Saint Maure De Touraine



Validé par la HAS en Mai 2022

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Mai 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	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	16
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	17
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	18
Annexe 3. Programme de visite	19

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 SAINTE MAURE DE TOURAINE	
Adresse	90 avenue general de gaulle 37800 Saint Maure De Touraine 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	370004327	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MAURE DE TOURAINE	90 avenue du Général de Gaulle 37800 SAINTE-MAURE-DE-TOURAINE FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2022

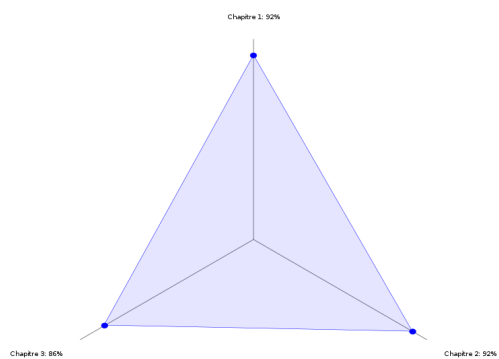
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

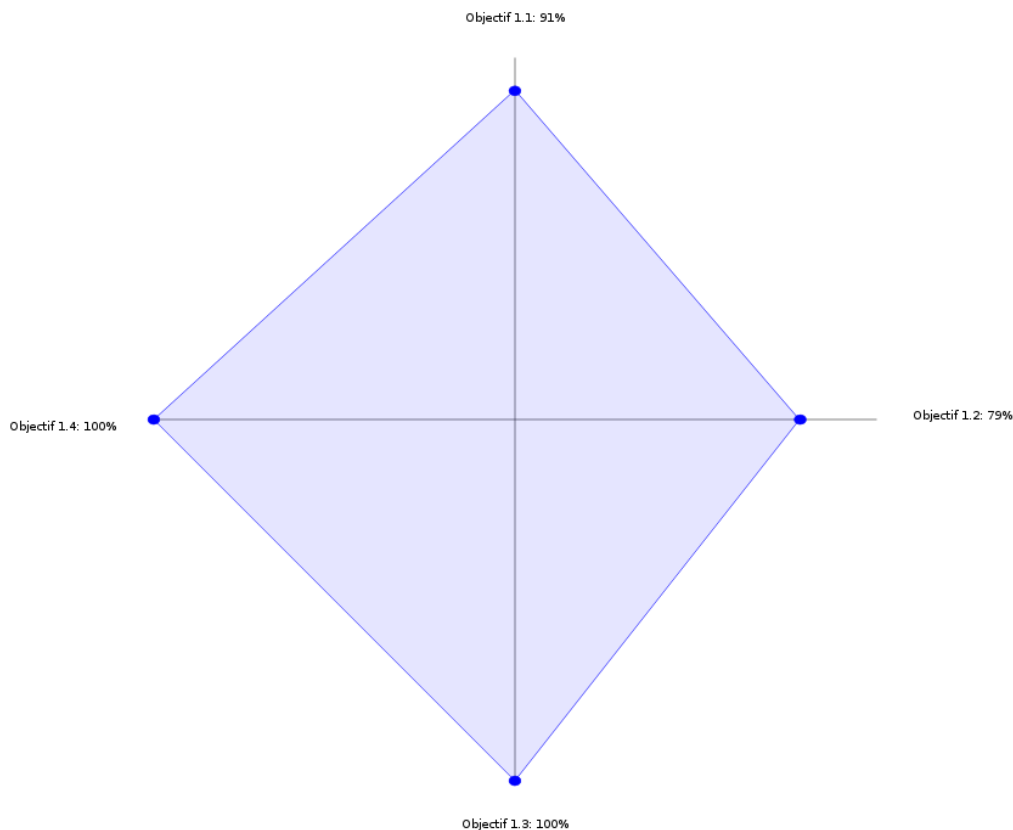
Champs d'applicabilité
Adulte
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [94](#) critères lui sont applicables

Résultats

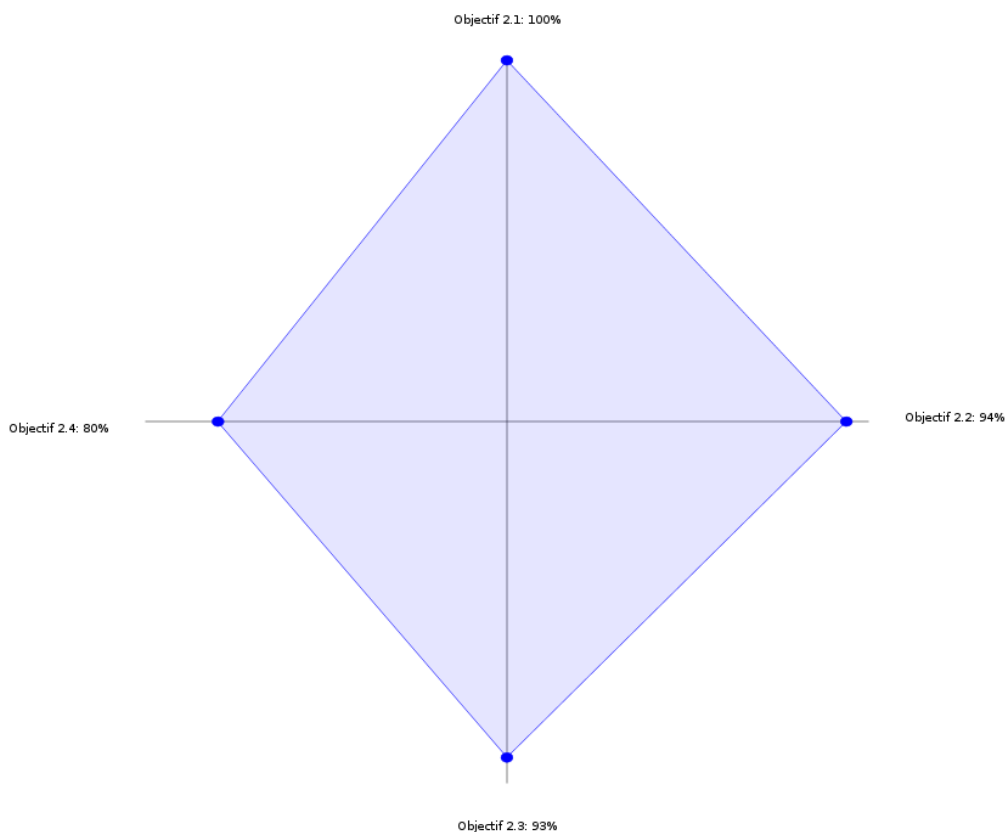


Chapitre 1 : Le patient



Le patient est informé et son implication est recherchée. Les rencontres avec les patients ont montré leur implication dans leur prise en charge. Ils reçoivent des informations claires sur leur état de santé et sur les soins envisagés, ce qui leur permet d'exprimer un consentement libre et éclairé sur leur projet de soins établi et suivi en pluridisciplinarité. Dans tous les services la charte de la personne hospitalisée, la charte Romain Jacob, des supports d'information et de communication sur les messages de santé publique et la prévention primaire, sont affichés. Les patients sont invités à désigner une personne de confiance dont le rôle leur est expliqué. Les directives anticipées ne sont pas recherchées auprès des patients. Le patient est respecté. Les pratiques des professionnels garantissent le respect de la dignité des patients, mais les chambres ne permettent pas le respect total de leur intimité, par exemple des chambres avec des WC communs entre les deux, sans possibilité de fermeture. La confidentialité des données des patients est respectée, les accès au dossier patient informatisé sont sécurisés par identifiants personnalisés et mots de passe, et fermés en l'absence des professionnels. Les aptitudes et capacités des patients âgés ou vivant avec un handicap font l'objet d'une évaluation systématique, et les mesures permettant le maintien de leur autonomie sont mises en place. La contention mécanique fait l'objet d'une décision médicale, mais celle-ci n'est pas tracée dans le dossier du patient. La prise en charge de leur douleur, que ce soit pour l'anticiper ou la soulager rapidement est soulignée par les patients et sa traçabilité est retrouvée dans les dossiers. Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins. Les conditions de vie antérieures et les éventuelles problématiques sociales sont prises en compte dans le projet de soins des patients et pour la préparation de leur sortie.

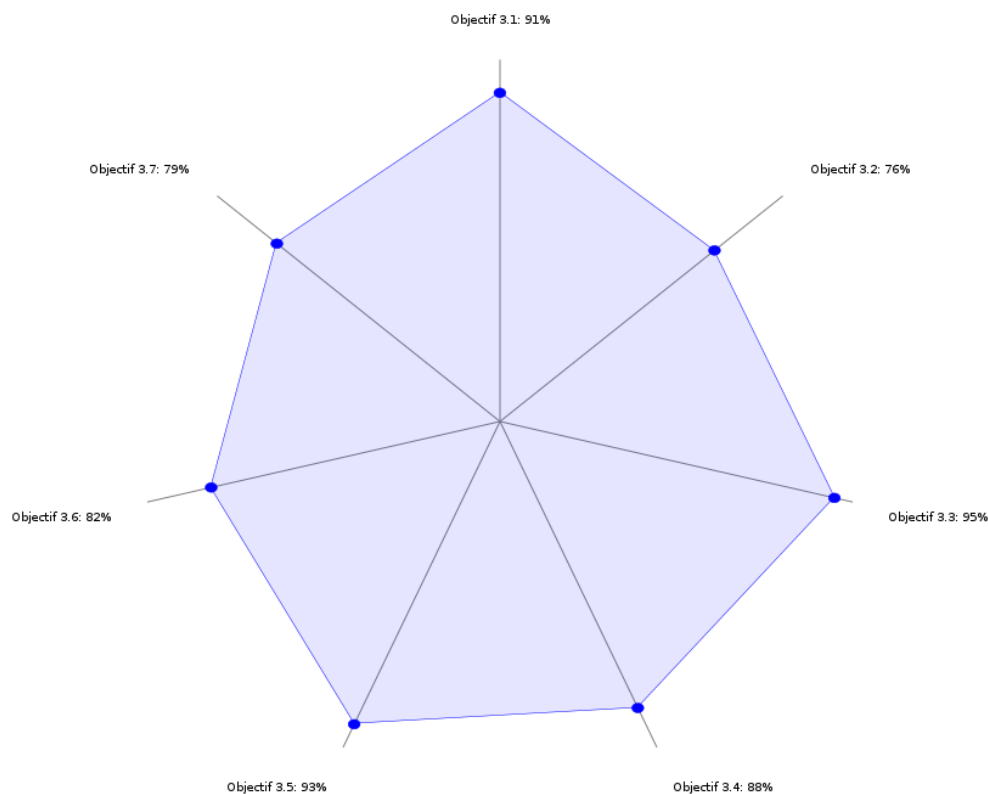
Chapitre 2 : Les équipes de soins



Prise en charge pluridisciplinaire La pertinence des modalités de prise en charge est argumentée en équipe, notamment durant les staffs pluridisciplinaires. Les prescriptions des traitements antibiotiques répondent à des justifications tracées dans le dossier informatisé du patient ,et les réévaluations entre la 24° et la 72° heures sont systématiques. Tous les éléments utiles à la prise en charge du patient sont intégrés dans le dossier du patient et partagés en temps utile par tous les professionnels impliqués par la prise en charge du patient. Le projet de soins du patient est construit en pluridisciplinarité en tenant compte des besoins du patient mais son implication n'est pas retrouvée dans les dossiers audités .La lettre de liaison est remise au patient le jour de la sortie. La maîtrise des risques Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification des patients qui sont tous porteurs d'un bracelet d'identification , et l'ensemble des documents du dossier papier sont identifiés. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires. Les conditions de sécurité et de confort du patient lors de son transport sont respectées. Les vigilances ne sont pas connues dans leur globalité par les professionnels, qui ne connaissent pas non plus les différents vigilants. La prescription des médicaments est conforme à la réglementation. L'analyse pharmaceutique est exhaustive , la conciliation médicamenteuse à l'entrée est réalisée, mais lors de la sortie les médicaments personnel du patient ne sont pas vérifiés lorsqu'ils lui sont rendus. L'administration des médicaments est conforme à la réglementation : le patient est informé des médicaments qu'il prend, les médicaments sont identifiables jusqu'à leur administration qui est tracée dans le dossier patient informatisé, de même que leur non administration. La liste des médicaments à risque est connue de tous les professionnels rencontrés qui en connaissent les règles de stockage . Evaluation de leurs pratiques par les équipes Il n'y a pas d'analyse formalisée des résultats cliniques aboutissant à la mise ne place d'actions d'amélioration. En

revanche les équipes mettent en place un recueil hebdomadaire d'indicateurs sur la qualité de leur prise en charge et sur la sécurité des soins qui leur permet après une analyse collective des résultats de mettre en place des actions d'amélioration.

Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement dans son territoire L'établissement a établi des partenariats nécessaires à la fluidification des parcours avec pour résultats 40% des entrées qui se font directement sans passage par les urgences. Les usagers, les partenaires de ville ou les autres acteurs hospitaliers ou médico sociaux peuvent joindre aisément l'établissement par téléphone ou internet pour faciliter l'accès aux soins ou fluidifier les contacts avec les acteurs du territoire. L'alimentation du Dossier Médical Partagé n'est pas réalisée. La messagerie sécurisée est réservée aux médecins. L'engagement des patients L'établissement mène de nombreuses actions de promotion de la bientraitance et s'assure de l'appropriation des bonnes pratiques visant au repérage et à la prévention de la maltraitance ordinaire. La signalétique interne et externe n'est pas adaptée à tous les types de handicap , en particulier visuel . Pour les personnes vulnérables les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge en interne et en externe existent, l'assistante sociale travaille avec un réseau local de services spécialisés d'aide à la personne âgée. L'accès du patient à son dossier est organisé, les délais sont respectés et la commission des usagers est informée. Compte tenu de sa taille et des patients pris en charge, l'établissement ne participe pas à des essais cliniques. Le fonctionnement de la commission des usagers est réglementaire, les représentants sont informés des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves et associés aux soins, des réponses aux questionnaires de satisfaction. Leadership, travail en équipe, qualité de vie au travail Le déploiement de la culture qualité est intégrée dans toutes les dimensions de la stratégie de l'établissement et les objectifs sont déclinés dans un programme d'actions, qui ne sont pas connues pas les professionnels rencontrés, sauf pour celles dont ils sont à l'origine, notamment suite à l'analyse des indicateurs suivis par les équipes. Les compétences et la gestion du temps de présence des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des prises en charges sont maîtrisées. Le travail en équipe a

été observé durant la visite, mais des démarches spécifiques ne sont pas initiées. La démarche qualité de vie au travail est récente et pas encore très structurée, mais déjà bien appropriée par les professionnels. Réponse opérationnelle aux risques Le plan blanc a été réactualisé en 2022, le plan de sécurisation de l'établissement a été élaboré. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence, le matériel d'urgence est contrôlé et sa vérification est tracée. Les risques numériques et leur prévention sont connus des professionnels. Le développement durable ne fait pas l'objet d'une politique et de plans d'actions formalisés, même si quelques actions ont été initiées (achat d'un véhicule électrique , tri des piles...). Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins Les équipes sont mobilisées par la gouvernance, et notamment la CME , sur l'identification et et la diffusion des bonnes pratiques cliniques en rapport avec l'activité de l'établissement. Le programme d'amélioration de la qualité prend en compte le point de vue du patient, mais il n'y a pas à ce jour de projet des usagers. Les indicateurs qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés et exploités à l'échelle de l'établissement, de même que les déclarations des événements indésirables.

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	370004327	CENTRE HOSPITALIER SAINTE MAURE DE TOURAINE	90 avenue du Général de Gaulle 37800 SAINTE-MAURE-DE-TOURAINE FRANCE
Établissement principal	370001158	CENTRE HOSPITALIER DE SAINTE MAURE DE TOURAINE	90 avenue general de gaulle 37800 Saint Maure De Touraine FRANCE

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

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
---	--------

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Entretien Professionnel		
2	Audit système	Maitrise des risques		
3	Audit système	QVT & Travail en équipe		
4	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Médecine Hospitalisation complète Programmé	
5	Audit système	Entretien Professionnel		
6	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Médecine Hospitalisation complète Programmé	
7	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'une analyse en interne type CREX avec mise en place de plan d'action.
8	Audit système	Dynamique d'amélioration		
9	Audit système	Leadership		
10	Traceur	Transport intra-hospitalier des		NA

	ciblé	patients		
11	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
12	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique
14	Audit système	Coordination territoriale		
15	Audit système	Engagement patient		
16	Audit système	Représentants des usagers		

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

