



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**POLE SANTE LEONARD
DE VINCI**

1 rue du professeur alexandre minkowski
37170 Chambray Les Tours



Validé par la HAS en Juillet 2024

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 – Juillet 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	19
Table des Annexes	24
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	25
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	26
Annexe 3. Programme de visite	30

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 médicaux et de réadaptation (SMR), 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

POLE SANTE LEONARD DE VINCI	
Adresse	1 rue du professeur alexandre minkowski 37170 Chambray Les Tours FRANCE
Département / Région	Indre-et-Loire / Centre-Val-de-Loire
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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	370007528	POLE SANTE LEONARD DE VINCI	1 RUE DU PROFESSEUR ALEXANDRE MINKOWSKI 37170 Chambray Les Tours FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

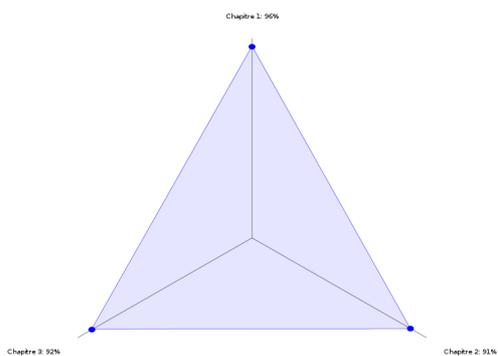
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Chirurgie et interventionnel
Enfant et adolescent
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Maternité
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins critiques
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement
Urgences

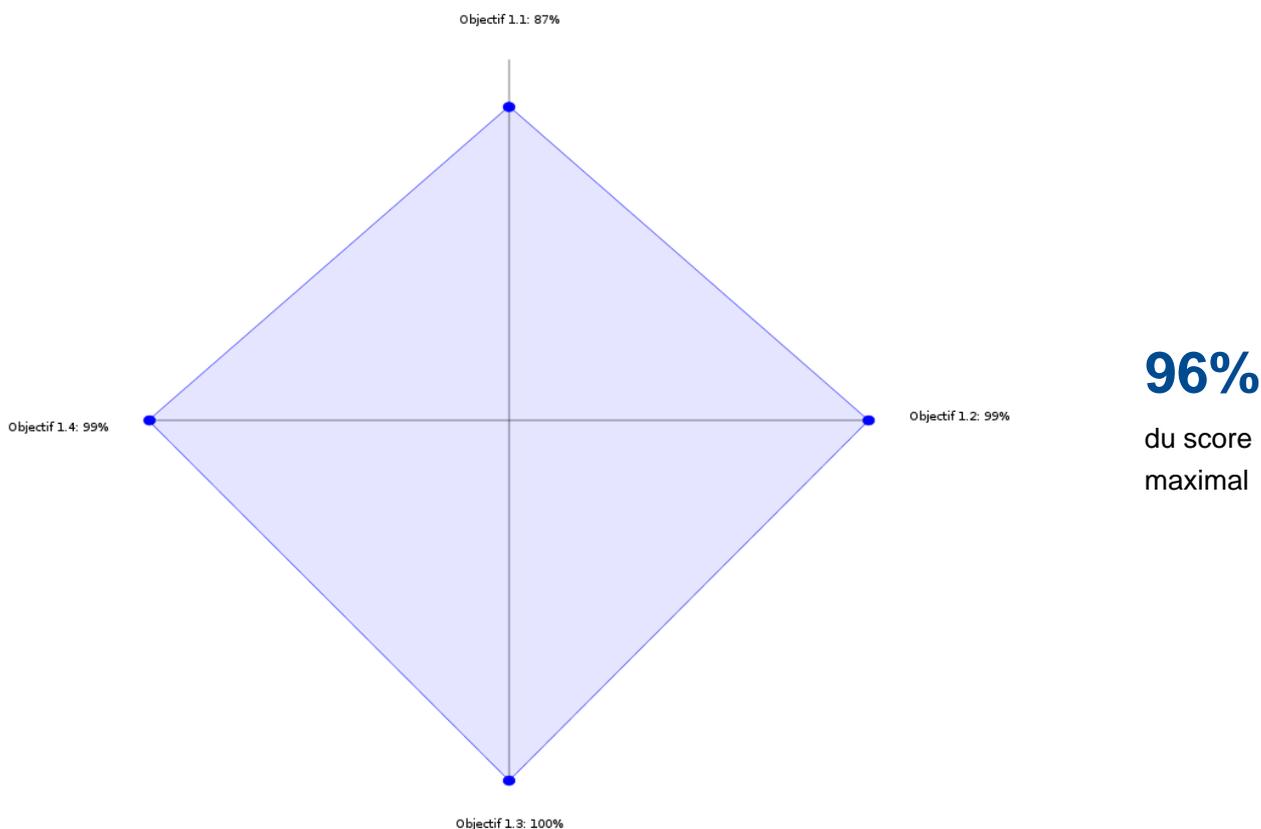
Au regard du profil de l'établissement, **116** critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



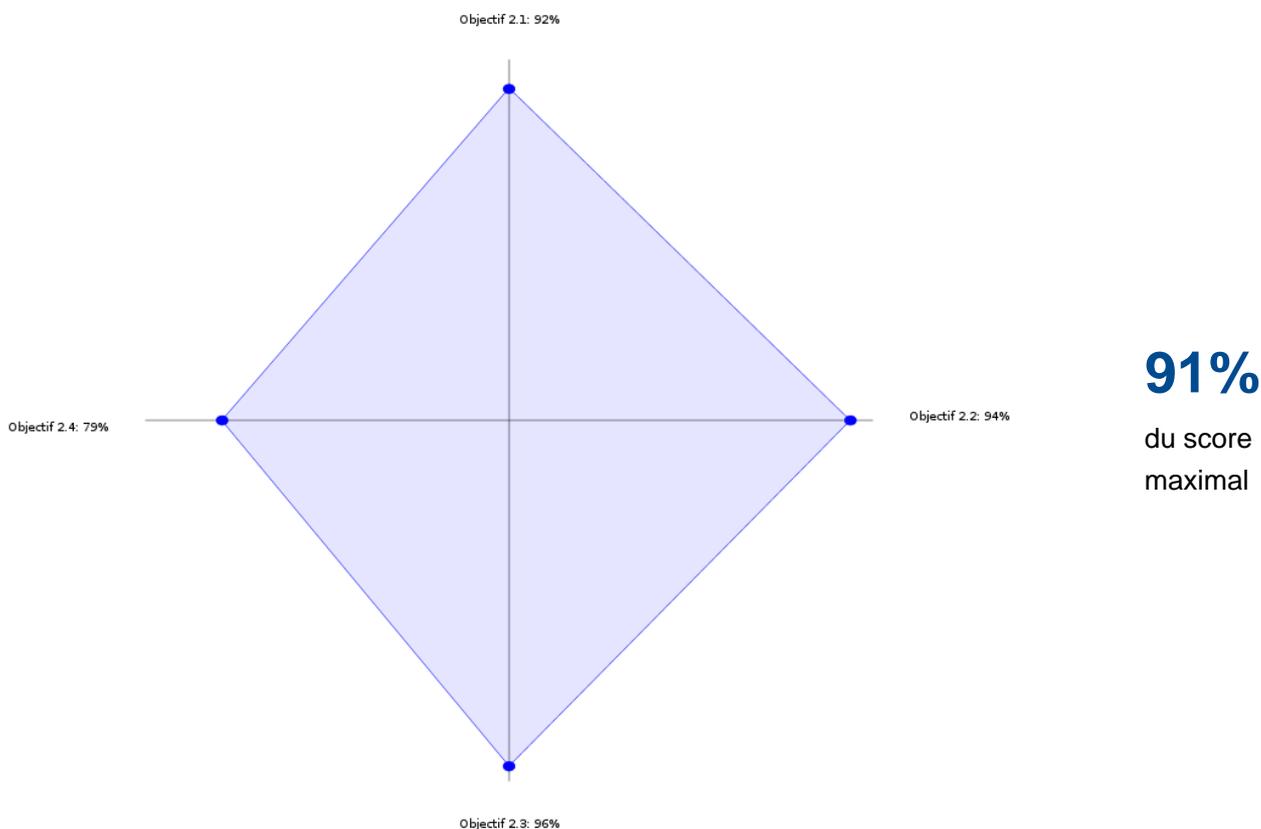
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	87%
1.2	Le patient est respecté.	99%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	99%

Au sein du Pôle Santé Léonard de Vinci, le patient est pris en charge de façon non programmée via le service des Urgences ou en mode anticipé en Médecine et en Chirurgie dans le cadre d'une hospitalisation complète (HC) et/ou d'une hospitalisation ambulatoire ou de jour (HDJ). Les femmes enceintes sont accueillies dans une Maternité de niveau IIa disposant de 6 berceaux de néonatalogie. Les patients mineurs sont essentiellement admis en Chirurgie ambulatoire, exceptionnellement en HC. Le patient bénéficie de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales, en particulier le traitement du cancer et la prise en charge palliative ; le patient est en mesure de poursuivre ses soins dans le secteur de Soins Médicaux et Réadaptation (SMR). Les patients atteints d'insuffisance respiratoire chronique ou de douleurs rachidiennes persistantes, sont pris en charge dans une unité dédiée à l'Education et à la Réhabilitation dans le cadre de 2 programmes validés par la tutelle.

Le patient profite également d'activités complémentaires installées sur le site de la clinique : un centre d'Imagerie et de Médecine nucléaire, un centre de Radiothérapie, un Laboratoire d'analyses médicales, un Centre de consultations. Le patient est informé et son implication est recherchée. Un grand nombre d'explications sont données en amont de la prise en charge hospitalière lors de la consultation avec le praticien pour la chirurgie, l'anesthésie et la maternité ; de même pour le patient atteint de cancer dont le protocole thérapeutique établi en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) relève du dispositif d'annonce de sa maladie. L'information de l'enfant est adaptée à son degré de compréhension. En cas de prise en charge via le service des urgences, le patient est averti de son délai de prise en charge. Les détails de l'organisation administrative du séjour sont généralement présentés au moment de la pré admission. Le patient est informé de ses soins tout au long de son séjour et en vue de sa sortie ; son consentement est recherché et formalisé sur un formulaire spécifique. Le respect de sa volonté, de ses directives anticipées, de sa demande d'accès aux soins palliatifs est effectif. Le patient reçoit les informations adaptées à sa prise en charge : en cas de chimiothérapie, en cas d'intervention ou d'exploration, en cas d'implantation d'un dispositif médical, pour la transfusion. Les Chartes : de la personne hospitalisée, Romain Jacob sont retrouvées dans les services ; la Charte de l'enfant est annexée au guide qui lui est destiné. Cependant, les patients ne reçoivent pas de Livret d'accueil à leur arrivée ; de même, il n'est pas remis de Livret pour les soins Ambulatoires ; la gouvernance ayant opté pour un adressage dématérialisé de ces documents dès l'enregistrement du séjour. Le patient trouve néanmoins dans sa chambre un « Totem » : un tryptique présentant de manière très synthétique : l'organisation des soins, le signalement de la douleur, le risque infectieux, le traitement personnel, les visites, les repas, les démarches de sortie, les directives anticipées, le dispositif du DMP, la notion d'expérience patient, l'existence des représentants des usagers (RU)...points qui peuvent être complétées à la demande par le site internet de la clinique et les professionnels. Pour la chirurgie ambulatoire, les préconisations pré opératoires (appel de la veille) et le suivi post opératoire (appel du lendemain) sont assurés par SMS. Les patients traceurs rencontrés connaissent le « totem » ; en revanche, ils ne savent pas expliquer : quelles sont les missions des RU ni comment les joindre (les coordonnées ne sont pas affichées dans les services mais uniquement au niveau de la boutique au rez-de-chaussée de l'établissement) ; comment exprimer leur satisfaction ou soumettre une réclamation ou un événement indésirable associé aux soins (EIAS). Aussi, les patients n'ont pas tous compris : le dispositif du DMP, les modalités d'opposition de son alimentation (celles-ci sont recueillies verbalement uniquement) ; la notion et le sens des Directives anticipées. Il n'a pas été retrouvé de support à disposition des patients et visiteurs sur les messages de santé publique (en dehors d'une affiche sur les violences conjugales aux Urgences) ; la volonté clairement exprimée de la gouvernance étant de limiter au maximum les affichages et le papier dans les services. Seuls les patients du secteur de Réhabilitation en SMR, bénéficient de certaines de ces recommandations. L'expression de la satisfaction patient repose sur des questionnaires de sortie en place dans la clinique mais surtout sur l'extraction et l'exploitation des données recueillies via e-Satis (retours 33%). Aussi, le patient est sollicité pour exprimer son expérience lors d'une chirurgie ambulatoire sur le circuit RAAC ; et au décours de son éducation sur l'hygiène des mains. Le point de vue des patients est pris en compte. Il n'y a plus de patient expert dans l'établissement qui s'attelle à un nouveau recrutement. Les RU sont sollicités et impliqués dans certains projets de la clinique et acteurs de certains événements (semaine sécurité) ; ils ont réalisé des patients traceurs en amont de la visite de certification. En Maternité, la communication autour de la naissance est essentiellement construite dans la vision de la démarche IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé). Les parturientes bénéficient de concertations médico-psycho-sociales périodiques et des aides nécessaires, le cas échéant. Toutefois, les futurs parents ne sont pas systématiquement consultés en vue d'élaborer le projet de naissance. Le patient est traité avec égards et attentions par l'ensemble des professionnels. Tous les patients rencontrés soulignent le professionnalisme des équipes. L'aménagement des locaux et des espaces est propice à une prise en charge agréable et efficace ; on peut souligner des entrées dédiées par type d'activité ; un hall spacieux comportant des espaces d'attente et de détente ; des salons dans les services ; une architecture adaptée aux missions du service des Urgences. Les conditions de prises en charge du patient, les pratiques, respectent généralement

l'intimité, la dignité et la confidentialité. Néanmoins, les visites terrain ont montré deux points ne permettant pas de garantir ces critères : une grande salle de 24 postes de SSPI au bloc opératoire où les opérés se retrouvent côte à côte sans moyen suffisant d'isolement; et une zone restreinte équipée de 6 fauteuils en Chimiothérapie ambulatoire. En revanche, dans les services accueillant des mineurs (Chirurgie ambulatoire essentiellement), l'enfant dispose de locaux et d'équipements aménagés pour sa sécurité et sa protection ainsi qu'à son occupation. La présence des parents est facilitée. Les professionnels accueillants des enfants sont formés. En Maternité, la proximité mère-enfant est priorisée même si le bébé relève de la néonatalogie ; autant que possible, ces bébés sont maintenus dans la chambre de la maman. Le maintien de l'autonomie du patient est préservé tout au long du séjour en tenant compte de ses capacités et limites évalués lors de son installation dans le service, tracée dans son dossier ; lorsque la situation se présente, cette évaluation concerne également la capacité du patient à auto gérer son traitement, en amont de l'autorisation médicale qui lui est donnée de le faire. Les mesures nécessaires sont prises pour le patient présentant un handicap et le sujet âgé dépendant. Le patient en soins palliatifs reçoit les soins de confort et d'accompagnement adaptés à son état de santé et à sa volonté. Des conditions hôtelières particulières (salons, coin enfant, coin cuisine, chambre famille) sont en place dans ce service pour favoriser l'accueil et la présence des familles. Le recours à la contention relève d'une décision médicale tracée au dossier et d'une procédure connue mentionnant la surveillance, la réévaluation périodique et la suspension. Le patient bénéficie des organisations et des moyens visant à prévenir ou à soulager rapidement sa douleur, comme en témoignent les derniers résultats des indicateurs qualité (IQSS à 98%). L'évaluation de la douleur est réalisée à l'admission et en cours de séjour. Des moyens de soulagement non médicamenteux sont en place : MEOPA, aromathérapie, hypnose. L'information et l'implication des proches/des aidants dans le projet de soin, est réalisée et souhaité si le patient est d'accord et à chaque fois que les situations le nécessitent. Un accompagnement social, psychologique, diététique, logistique (temps d'ergothérapeute en SMR) est proposé aux proches notamment dans les situations de précarité et/ou de vulnérabilité ; une plus grande attention est portée au patient mineur. La sortie du patient est anticipée dans la plupart des situations ; dès la pré admission, si possible les conditions de vie sont recueillies. La sortie est organisée selon une approche pluri professionnelle. Les assistantes sociales sont chargées d'orienter le patient selon ses besoins et mettent en place les relais nécessaires. A sa sortie, le patient est destinataire des consignes de suivi pour ses traitements et la poursuite de ses soins.

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	92%
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	94%
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%

La pertinence des décisions de prise en charge est assurée principalement en SMR et en Gériatrie où l'admission et le suivi des patients relèvent de staffs pluridisciplinaires quotidiens et hebdomadaires. L'éligibilité à la prise en charge en chirurgie ambulatoire est retrouvée ; toutefois, ce secteur n'a pas mis en place de concertations pluridisciplinaires dédiées aux situations complexes. De même, en Maternité, l'examen des situations compliquées est réalisé en staffs médicaux et staffs médico-psycho-sociaux mais il n'y a pas de temps d'échanges élargis à l'ensemble des professionnels. Il n'y a pas de revue de pertinence des séjours ni de registre de suivi des refus d'admission en USC ; de même, le service des Urgences n'a pas mis en place de revue de pertinence des admissions et des transferts. Il n'y a pas d'analyse des transferts en HAD ni de temps d'échanges entre les services prescripteurs et les HAD partenaires. En revanche, la pertinence des décisions

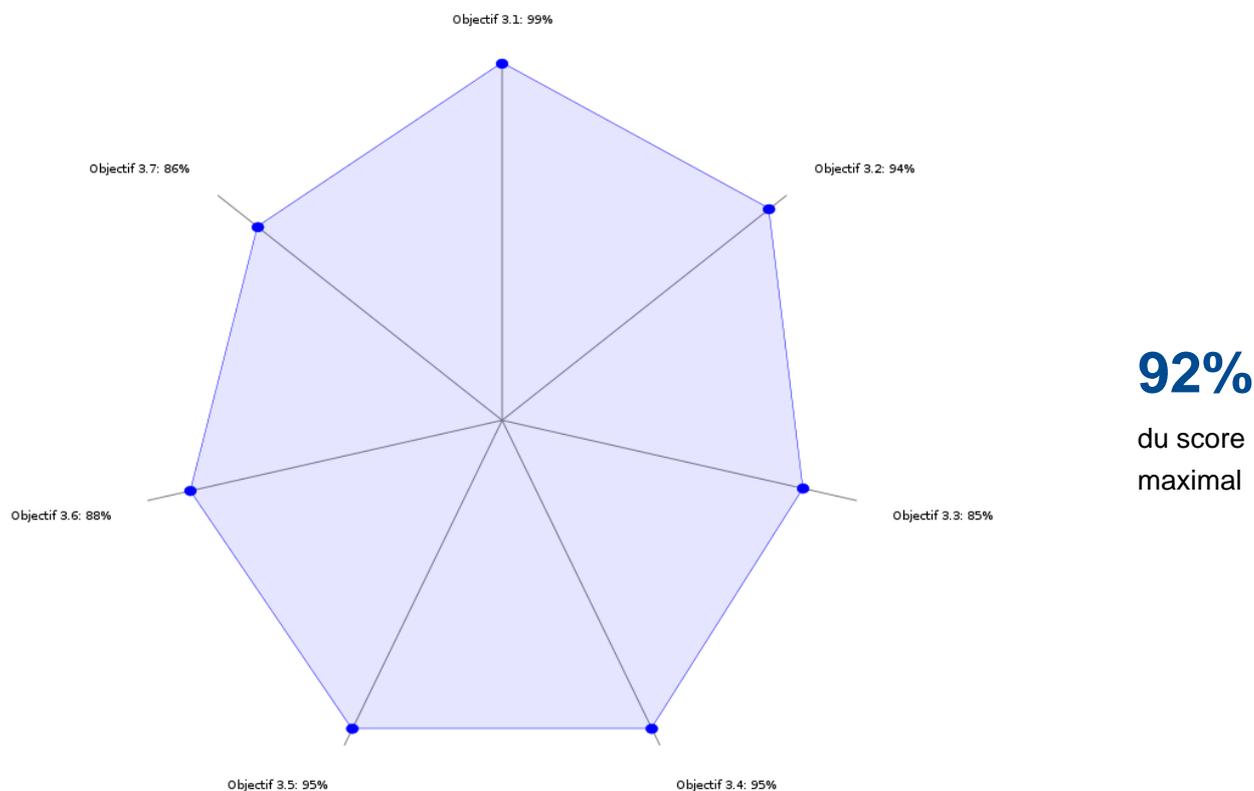
des actes interventionnels, des actes invasifs et des produits de santé (transfusion) sont argumentées et tracées dans le dossier du patient. Les prescriptions d'antibiotiques et d'antibioprophylaxie sont argumentées, respectent les bonnes pratiques, sont suivies par un médecin infectiologue présent sur le site. L'équipe des Urgences assure au patient une orientation selon des circuits et délais adaptés à sa prise en charge. Cette équipe a accès au DPI et au DMP de la personne dès lors que celle-ci est connue de la clinique. L'équipe des urgences bénéficie de la présence de nombreuses spécialités médicales et de support existants sur le site, (qui sont sollicités dès que de besoin) et de la collaboration des partenaires hospitaliers du territoire (CHU de Tours notamment) facilitant la réorientation du patient vers les structures les plus appropriés à son problème de santé. Les équipes de soins ont accès au dossier patient informatisé (DPI) généralisé dans l'établissement sauf pour la partie per anesthésique. Le DPI est accessible par tous, à tout moment via un parc d'équipements développé et apprécié des personnels. Il existe des accès à distance sécurisés ainsi que des liaisons informatiques (formulaires connectés) avec le service d'imagerie pour créer sur le DPI les demandes d'examens et recevoir rapidement les comptes rendus. En cas de transfert en milieu hospitalier, une copie du dossier est transmise aux correspondants. Toutes les équipes médicales ont accès au DMP. L'établissement a constitué une équipe ressource du SI dont 2 IDE référentes métier, chargées d'accompagner les professionnels de terrain. Cependant, il reste encore quelques secteurs à soutenir (Maternité, Chirurgie ambulatoire) pour qui le compagnonnage effectué, est estimé insuffisant par les professionnels. Egalement, certaines équipes soignantes (USC, Chirurgie ambulatoire, Maternité/Néonatalogie) pointent un défaut récurrent de traçabilité des informations utiles à la prise en charge, souvent lié au maintien de documents au sein des cabinets des praticiens, pas toujours insérés au DPI ou de façon retardée. Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soin : l'évaluation des besoins du patient est effectuée par les différentes disciplines qui concourent à sa prise en charge ; les équipes de soins de support sont associées. Les équipes réévaluent les besoins du patient périodiquement et si la situation le nécessite. Ces éléments sont portés au DPI. Les équipes font appel au réseau interne ou externe, de recours et d'expertise. En Chirurgie : la gestion des interventions et du programme opératoire, le rôle des intervenants aux blocs, le circuit de l'opéré sont formalisés par la Charte des blocs (opératoire et endoscopique) régulièrement mise à jour. L'organisation tient compte de la priorisation des urgences et des besoins spécifiques de la Maternité (césarienne en urgence). Les déprogrammations sont replanifiées dans un délai compatible avec les besoins de prise en charge des patients. Les écarts de programmation sont des indicateurs analysés en Conseil de bloc. Toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient aux blocs sont accessibles, à tout moment, dans toutes les salles, par tous les acteurs via le DPI ; le logiciel permet également de situer en temps réel, le patient sur le circuit interventionnel et de transmettre les demandes de brancardage aux moments opportuns. Néanmoins, la qualité des informations échangées entre les secteurs de soins et les secteurs interventionnels, ne fait pas l'objet d'évaluation. La check-list « Sécurité du patient » est mise en œuvre de manière exhaustive dans les 2 secteurs opératoires ; la qualité de sa réalisation est mesurée et fait l'objet d'amélioration. La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre, pour le moment, pour tous les patients admis en Médecine gériatrique (patients âgés polypathologiques) en vue de son déploiement. La prise en charge palliative est en place dans l'établissement qui a opté pour regrouper ces patients dans un même secteur afin d'aménager des locaux privilégiant la place et la présence des familles (et des enfants). Le fonctionnement de ce service est assuré par des professionnels formés ; cette équipe a mis en place des temps de concertations pluridisciplinaires associant les personnels de soins de support (psychologue, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapeute, socio-esthéticienne...) et les bénévoles. Les équipes s'accordent autour des souhaits et de la volonté des patients, de son bien-être et de son confort. Des solutions sont prévues pour accompagner, si nécessaire, le personnel en souffrance. L'équipe de soins palliatifs met à disposition son expertise au service de l'établissement ; elle est en mesure d'intervenir à la demande dans tous les secteurs ; l'échelle PALLIA 10 a été déployée en ce sens dans l'établissement. Une lettre de liaison est établie et remise au patient à sa sortie, avec les explications d'un médecin et/ou d'une IDE, comme en témoignent les derniers indicateurs qualité en santé. L'établissement a mis en place une transmission quotidienne automatique, par messagerie sécurisée, des

courriers de sortie, aux médecins traitants ou adresseurs des patients sortis. Les documents de sortie sont déposés au DMP dans 90% des cas ; pour autant, le dossier pharmaceutique n'est pas mis à jour. Le carnet de santé de l'enfant est demandé aux parents ; lorsqu'il a été fourni, il est complété avant la sortie, des informations utiles au suivi de l'enfant. Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques : Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de sa prise en charge ; tous les patients portent un bracelet d'identification y compris en HDJ et dans les services Ambulatoire ; les documents papier consultés durant la visite sont identifiés. Le contrôle d'identité du patient est effectué aux différents points d'accueil et d'admission par un professionnel habilité et formé, qui qualifie l'INS sur la base des documents valides ; les équipes s'assurent de la bonne identité du patient lors des soins et de son parcours dans la clinique ; Les vigilances sanitaires sont organisées ; les responsabilités définies ; les équipes les connaissent ; il existe une permanence 24h/24 pour les alertes sanitaires ; Les bonnes pratiques de prescription, dispensation et administration des médicaments sont respectées y compris pour la chimiothérapie. Le circuit du médicament est totalement intégré au DPI (il existe un logiciel spécifique pour le circuit des cytostatiques) dans lequel l'on trouve des guides de bon usage et des formulaires types pour les médecins pour certaines prescriptions de sortie. Les procédures du circuit du médicament sont actualisées. Les prescriptions conditionnelles d'antalgique sont associées à une échelle d'évaluation de la douleur. Les BP de préparation des cytostatiques sont mises en œuvre avec une recherche d'efficacité (analyse sur la stabilité des produits ayant conduit au bon usage de doses standards). L'analyse pharmaceutique est réalisée et évalue la pertinence des prescriptions. La dispensation des médicaments est sécurisée et répond aux besoins des services : les dotations des services sont gérées par la PUI ; une dispensation nominative est effectuée par les préparateurs, qui délivrent les services à l'aide d'armoires verrouillées ; au Bloc opératoire, les tiroirs des chariots des salles sont complétés quotidiennement (système plein/vide). Les produits de la voie orale sont étiquetés de manière lisible permettant un usage unidose sécurisé ; il existe des étiquettes spécifiques pour les injectables comportant l'ensemble des informations nécessaires à la sécurité de leur administration. L'administration ou le motif de non-administration des médicaments sont tracés en temps réel dans le dossier du patient. Le circuit des stupéfiants est conforme à la réglementation et respecté des professionnels. Une astreinte de pharmacie est en place pour approvisionner les services en cas de besoin. Les contrôles des péremptions des médicaments sont assurés par les préparateurs de la PUI. Les produits thermosensibles sont acheminés dans les services en conditionnement isotherme garantissant le maintien de la chaîne du froid ; ils sont ensuite stockés dans des réfrigérateurs dédiés mais ces réfrigérateurs ne sont pas tous équipés d'un affichage externe de la température et aucune des enceintes dispose d'une alarme et d'un report centralisé de surveillance de la stabilité de la température de conservation. La température des frigos est relevée chaque matin par le personnel soignant mais durant la journée, le personnel ne peut pas être alerté d'un dysfonctionnement ; de plus, aucun contrôle et alerte ne sont possibles en HDJ et en Ambulatoire fermés le WE. Il existe une procédure de relevé des températures des réfrigérateurs ; cependant, la conduite à tenir en cas de problème n'est pas formalisée dans ce document ; les professionnels rencontrés exposent des actions correctives divergentes et ne tiennent pas toujours informés le service Pharmacie. La liste des médicaments à risques est établie et affichée ; elle a été conçue par chaque service en lien avec son activité. Les professionnels connaissent les recommandations d'utilisation de ces produits ; ils ont été formés. Ces produits portent un étiquetage d'alerte. Néanmoins, les visites terrain ont retrouvé des ampoules de KCl stockées au même endroit que les électrolytes (en USC) et dans le tiroir des injectables (en Médecine) à proximité de produits présentant un conditionnement similaire. L'établissement a corrigé sans délai, en cours de visite, ce stockage inapproprié. Le bilan thérapeutique est un élément du DPI et de la lettre de liaison ; cependant, il n'a pas toujours été retrouvé lors des parcours réalisés en Médecine HDJ, Chirurgie ambulatoire et en Maternité. De même, quelques prescriptions de sortie ne sont pas réalisées en DCI. La sécurité transfusionnelle est assurée. L'analyse de la pertinence des actes transfusionnels est périodiquement réalisée. Le taux de destruction est un indicateur suivi. La gestion du risque infectieux est menée par : un CLIAS présidé par un chirurgien orthopédiste aidé d'une infirmière hygiéniste exclusivement dédiée à ce poste, pilote de l'EOH ; d'un

médecin positionné sur le suivi des antibiotiques et de référents identifiés dans chaque service. La bactériovigilance est faite par le laboratoire d'analyse biologique partenaire, avec lequel un dispositif d'alerte est en place pour les BMR, bactériémies, infections urinaires et infections du site opératoire (ISO). Le CLIAS et l'EOH mettent en œuvre des audits réguliers des pratiques d'hygiène et des pratiques invasives, en particulier en cas d'événements indésirables ou de déviances observées (à titre d'exemple, la préparation de l'opéré). Les référents en hygiène des services, sont sollicités, pour concourir aux audits et à la restitution des résultats. Les bonnes pratiques d'hygiène des mains sont mises en œuvre ; il existe un audit annuel sur l'opportunité de la friction hydro alcoolique et le pulp'friction. Les équipes sont mobilisées lors des semaines Sécurité des patients & Journée nationale d'hygiène des mains. Toutefois, durant la visite, il a été noté le port de bijoux (montre, bagues, alliance, bracelet) chez quelques professionnels, en particulier au sein du bloc opératoire. Également au bloc endoscopique, il n'existe pas de circuit distinct pour l'accueil et la sortie des patients, qui s'effectuent dans le même sas ; les patients se croisent ; la désinfection d'un brancard a également été faite dans cette même zone. L'établissement a pris note de ces anomalies. Les précautions complémentaires sont connues, prescrites et appliquées. Les actes invasifs à risques sont identifiés, relèvent de protocoles et font l'objet d'audits périodiques. La traçabilité de leur pertinence et de leur surveillance est intégrée au DPI. Les pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs sont maîtrisées. Le circuit des dispositifs médicaux invasifs et des endoscopes est encadré ; il existe des procédures, de prêt et de dépôt, de désinfection et de stockage, de suivi et d'entretien. Leur utilisation est tracée dans le dossier et sur les comptes rendus d'intervention ou d'examen. Les professionnels chargés de la désinfection des endoscopes sont formés. Les contrôles microbiologiques sont assurés conformément aux bonnes pratiques. Au bloc opératoire, les équipes s'attachent à mettre en œuvre les exigences de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en vue de prévenir les risques liés aux rayonnements ionisants. Le suivi de la radioprotection est assuré par un prestataire ; l'établissement a satisfait aux demandes de l'ASN. L'équipe informe le patient des doses reçues, retrouvées sur le compte rendu opératoire et dans son dossier. L'équipe du bloc opératoire dispose des équipements de protection individuels et de dosimètres ; il a néanmoins été relevé durant la visite du secteur opératoire que les dosimètres n'étaient pas portés par l'ensemble des opérateurs concernés. L'hygiène des locaux est assurée par une équipe prestataire (sauf les « entre deux » aux blocs effectués par les AS du secteur opératoire). Il existe un travail de collaboration entre le responsable prestataire et l'IDE hygiéniste de la clinique, pour s'assurer des bonnes pratiques et les améliorer (réflexion en cours sur un changement de produits d'entretien). La gestion des déchets est structurée ; des rappels périodiques sont adressés aux équipes sur le tri. Une réflexion est actuellement portée aux excréta, sur le remplacement des « broyeurs » des bassins et urinaux installés dans les services, que les professionnels estiment non adaptés à leurs pratiques. Des alternatives sont en recherche. Les déchets anatomiques et les déchets issus de chimiothérapie relèvent de circuits spécifiques. Pour autant, les professionnels manipulant des cytostatiques (manutentionnaires en PUI, IDE en chimiothérapie) ne connaissent pas l'existence du « KIT de sécurité » à disposition dans leur service, en cas d'incident avec ces produits. Malgré l'existence d'une procédure, les professionnels exposés ne connaissent pas les risques encourus ni les précautions à prendre en cas d'incident. En Maternité, les équipes disposent des documents, matériels et formations nécessaires à la prévention et à la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. L'équipe assure la traçabilité des modalités de la délivrance et de l'examen du placenta. Le transport des patients est assuré par une équipe de brancardage dédiée, sollicitée par les équipes via une solution logicielle qui permet de gérer les flux et la situation du patient en temps réel sur son circuit de prise en charge. Les brancardiers bénéficient d'un temps d'intégration lors de leur recrutement. Ils sont attentifs à l'identité, au confort, à la dignité et à la sécurité du patient. En revanche, ils ne sont pas tous formés aux gestes de premier secours. En Chirurgie ambulatoire, la sortie du patient est autorisée sur la base du score d'Aldrete, pour lequel le personnel est formé. Les équipes sont sensibilisées aux recommandations et obligations vaccinales comme en témoigne le taux de vaccination antigrippale de l'établissement (42%) dont l'accès est gratuit et réalisé sur le site en lien du service de Médecine du Travail. Les équipes sont informées et participent ponctuellement aux évaluations internes menées en 2023 et 2024 (parcours et patients traceurs, revues de

pertinence et de dossiers, enquêtes, audits ciblés, revues d'indicateurs) mais ne contribuent pas toujours à l'exploitation des données ainsi recueillies. Les équipes sont informées des outils de recueil de la satisfaction et de l'expérience patient, dont les résultats sont diffusés dans les services. Les représentants des usagers ne participent pas au recueil de la satisfaction mais sont informés des résultats et des actions d'amélioration. Il y a peu d'échange et d'exploitation avec les opérationnels sur les résultats obtenus par les évaluations et recueil des IQSS. Les réunions de service ne font pas l'objet d'une démarche institutionnelle structurée. Les responsables rencontrés confirment transmettre principalement de manière ponctuelle, à leur équipe, les informations dont ils ont connaissance par la direction. Les modalités de réalisation de la check liste de sécurité du patient au bloc opératoire et endoscopique, évaluées en 2022, exploitées en 2023, a donné lieu à une communication par note interne. Les équipes connaissent le dispositif de signalement des événements indésirables ; les professionnels s'en sont saisis et sont formés à l'utilisation de l'outil. Le taux de signalements progresse chaque année et dépasse 1000 EI en 2023. Les incidents graves sont déclarés aux tutelles (3 en 2023 ; 1 en 2024). La procédure de traitement des EI prévoit un premier niveau d'analyse par le responsable de service et selon la criticité un second niveau rétrospectif en CREX ou RMM, organisées chaque mois par le service qualité. C'est une Commission CREX qui retient le/les EI à analyser en séance mensuelle. Les analyses de causes reposent sur la méthode ORION pour laquelle quelques responsables ont été formés. Pour autant, la procédure de traitement des EI ne précise pas les conditions de participation des professionnels opérationnels ; seuls les responsables sont associés. Ainsi, les équipes terrain ne sont pas en mesure d'expliquer les résultats qui leur sont diffusés ; ne peuvent pas citer les causes d'insatisfaction pour leur service ; n'ont pas connaissance de l'ensemble des EI déclarés dans leur service car l'outil et le circuit établi ne le leur permet pas ; leur participation effective aux analyses de causes n'est pas formalisée ; ces analyses relèvent de la décision de la Commission CREX. Les professionnels de terrain ne connaissent pas les actions d'améliorations définies pour leur service, au regard de leurs signalements ; ils ne sont pas sollicités pour formuler des propositions d'améliorations. Les RU disposent d'une revue des déclarations des EI et des suites données. Les délais de rendez-vous des examens d'imagerie et d'obtention des résultats, sont estimés rapides par les médecins et répondent aux besoins ; ce qui est favorisé par le lien direct établi avec le service d'imagerie via le DPI. De même, les professionnels rencontrés se disent satisfaits de la prestation rendue par le laboratoire d'analyses médicales. Il n'y a cependant pas de revue de contrat ou d'échanges formels entre ces prestataires et les équipes terrain. Aussi, la qualité des prescriptions et des modalités de prélèvement des examens de laboratoire et d'anatomopathologie n'est pas évaluée formellement ; les liaisons informatiques établies avec le laboratoire donnent satisfaction aux équipes ; toutefois, il n'y a pas de revue de contrat avec ce partenaire. Le service de Soins critiques (USC) ne mène pas de revue de pertinence de ses séjours ; il n'y a pas de registre des refus des admissions ni de suivi des ré hospitalisations à 48/72 heures.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	85%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	95%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	95%
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	86%

L'établissement est partie prenante dans la construction et la coordination des parcours de ses patients en lien avec les acteurs de son territoire de santé. L'établissement est connu et positionné de longue date ; il a développé depuis plus de 20 ans de nombreuses filières et entretient un partenariat actif et des liens privilégiés avec la médecine de ville et les structures hospitalières et médico - sociales de son secteur, notamment avec

les CPTS du département. Le Pole Santé Léonard de Vinci propose aujourd'hui une offre de soin diversifiée en un même lieu garantissant une prise en charge globale et continue. La clinique est organisée autour de 5 pôles : Chirurgie (dont Chirurgie ambulatoire et RAAC) ; Médecine (dont un secteur de Soins palliatifs et une unité de Chimiothérapie) ; Maternité ; Soins médicaux de Réadaptation ; Urgences ; et s'est associée avec un centre d'Imagerie, un service de Médecine Nucléaire, un laboratoire d'analyses médicales, un centre de consultations pluri disciplinaires. Le répertoire opérationnel des ressources de l'ARS mis à jour quotidiennement par une cellule dite « d'ordonnancement » chargée de la gestion des flux de l'activité. La clinique s'est impliquée dans une filière courte pour accélérer l'admission et la prise en charge du patient âgé (conventions avec les EHPAD, lits d'UHCD, admissions directes en SMR) ; les correspondants externes disposent d'une ligne téléphonique directe pour joindre un médecin urgentiste ou un gériatre. Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des patients sont prévues (en particulier pour les enfants, la néonatalogie, la psychiatrie, la réanimation) et entretenues avec les structures universitaires à proximité. L'établissement est joignable 24/24 ; les gardes et d'astreinte sont organisées et garantissent la permanence médicale. Il existe un accès au DMP pour tous les praticiens sous contrat ainsi que des accès à distance via une passerelle sécurisée ; les praticiens libéraux et salariés peuvent échanger avec leurs correspondants via des messageries sécurisées ; une liaison sécurisée permet l'accès direct et rapide aux résultats d'examens de laboratoire et d'imagerie. L'établissement suit en continue les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie via son DPI et à la mise en œuvre du DMP : 90% des patients disposent de leur document de sortie (et compte rendus divers) dans leur DMP. Mais tous les professionnels ne connaissent pas les documents reversés au DMP et dont ils pourraient se servir. L'établissement est investi dans la recherche clinique ; plus d'une vingtaine d'essais cliniques sont en cours, valorisées via la participation au dispositif SIGAPS. L'établissement a formalisé dans ses orientations stratégiques, sa volonté de promouvoir l'écoute et l'expérience patient pour adapter ses organisations. Toutes les formes de recueil de l'expression patient sont exploitées : questionnaires de sortie, enquête e-Satis dont les remarques donnent lieu à des améliorations. L'avis des patients est recueilli lors de sa prise en charge en RAAC et pour l'éducation de l'hygiène des mains sans pour autant avoir déployé d'évaluations de type PREMS/PROMS. L'établissement prévoit de créer des questionnaires spécifiques pour la chimiothérapie, les soins palliatifs, les urgences et le sujet âgé. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont diffusés dans les services et présentés aux RU et en Commission des usagers (CDU). L'établissement n'a plus de patient expert actuellement mais en fait la promotion. Les patients ne sont pas intégrés aux démarches de développement et d'amélioration des pratiques ; il n'y a pas d'intervention de patient dans les séances d'éducation thérapeutique en Réadaptation/Réhabilitation. L'établissement a une communication centrée patient conformément à sa politique et diffuse plusieurs supports, notamment dans le processus d'intégration du nouveau personnel ; forme les professionnels (méthode AMPATTI, langage des signes, médiation, communication non violente). Les plaintes et réclamations sont recueillies, traitées, présentées aux RU et CDU. En cohérence de son projet d'établissement, la gouvernance veille à la bientraitance et lutte contre la maltraitance ; et a mis en place des actions de sensibilisation et formations (réflexion sur l'Humanité), des outils de repérage (flyers pour le personnel), des recommandations, des compétences (assistantes sociales, psychologues). Le respect des patients et des familles est promu et partagé au sein des équipes, attentives à leurs pratiques pour assurer la bientraitance dans les moments sensibles. Les professionnels connaissent les circuits d'alerte en cas de maltraitance. Toutefois, la gouvernance ne recense pas au moins annuellement les cas de maltraitance dans son PMSI et n'en fait pas d'analyse. L'accessibilité de la clinique est adaptée aux handicaps. En présence de patients vulnérables, les professionnels connaissent les ressources internes et externes à leur disposition. L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier ; en assure la traçabilité et le suivi des délais réglementaires, qui sont respectés. La Commission des usagers est informée. L'établissement informe le patient de l'alimentation de son DMP et respecte, le cas échéant, sa déclaration d'opposition dont il existe un suivi. Les RU sont impliqués ; ils sont intégrés dans plusieurs instances (CLIAS, CLAN, CLUD, Ethique) et sollicités en cas de médiation. Leur participation aux CREX est en préparation. Toutefois, plusieurs patients rencontrés mentionnent ne pas les connaître. Les RU ont réfléchi en juin 2022 sur

un « Projet des usagers » et défini à ce titre, plusieurs actions. Ce document n'a cependant pas été révisé depuis cette date. La gouvernance en concertation avec la CME, a formalisé ses orientations et sa stratégie Qualité Sécurité des Soins (QSS) dans son projet d'établissement, par 3 objectifs : promouvoir les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles ; assurer une prise en charge de qualité aux risques maîtrisés ; devenir un pôle d'excellence. Pour ce faire, la gouvernance a pris en compte toutes les données à sa disposition. L'établissement a mis en place son organisation QSS, coordonnée par un Comité de gestion de la qualité, des vigilances et des risques, responsable du déploiement et du suivi de la démarche. La mise en œuvre du programme et des actions concrètes QSS est confiée aux instances (15 comités et commissions) chargées d'établir leur plan d'actions en référence à leurs missions et aux problématiques soulevées par les prises en charge. Les responsabilités Qualité Gestion des risques sont confiées à la Direction opérationnelle et Qualité, aidée d'une cellule de coordination des risques (Pdt du CLIAS et IDE hygiéniste), qui s'appuient également sur les vigilants, l'encadrement et des professionnels référents dans les services. Les RU sont intégrés dans cette organisation. Les instances se réunissent régulièrement, conformément à leurs missions ; déterminent les améliorations nécessaires au regard des données dont elles ont connaissance. Les compte-rendus des réunions sont transmis aux personnels via le système de gestion documentaire dématérialisé et/ou par voie d'affichage et/ou par le responsable de service. Les entretiens professionnels mettent en exergue une bonne connaissance de l'organisation QSS, des responsables et des outils. Cependant, les professionnels terrain expliquent être informés, généralement de manière informelle ou par note interne, des actions définies par les commissions et comités auxquels ils ne peuvent pas toujours participer. Bien que les professionnels soient intégrés à certaines activités dédiées à la qualité (Semaine sécurité, Journée nationale d'hygiène des mains, CREX, audits en hygiène), il n'y a pas de réunions de travail QSS dans les services de soins. Ainsi, la plupart des professionnels rencontrés ne peuvent pas citer les actions du plan d'amélioration de la qualité en lien avec leur secteur. La culture sécurité des soins a été évaluée en janvier 2024 ; cette enquête est en cours d'exploitation. L'établissement dispose d'une politique de ressources humaines (RH) et adapte les compétences et les moyens à ses besoins et aux fluctuations de son activité. La cellule « d'ordonnancement » est chargée de réguler les flux de patients en fonction des ressources disponibles et d'alerter le service des RH en cas de surcroît d'activité. L'existence d'un « pool » de remplacement et d'une politique de polyvalence, permet de faire face aux variations de la charge en soins comme au manquement de personnel. Le recours à l'intérim est exceptionnel. Le nouveau personnel bénéficie d'une période d'intégration et de compagnonnage en particulier dans les secteurs interventionnels. Les responsables d'équipe (la plupart recruté par promotion interne) ont reçu en 2022 une formation au management, complétée annuellement de formations RH internes ciblées, par la direction des RH. L'encadrement estime être aidé par la direction dans l'exercice de ses fonctions, sans pour autant pouvoir bénéficier d'actions de coaching périodiques ni de temps dédié au partage régulier et structuré de leur expérience. L'établissement favorise le travail en équipe par des chevauchements d'horaires pour le personnel soignant ; une synchronisation des temps médicaux, paramédicaux et de support, favorisant les staffs pluridisciplinaires ; des moments de partage festifs et/ou sportifs. Il existe dans l'établissement 2 équipes médicales ayant développé une accréditation en équipe (chirurgiens urologues et médecins anesthésistes). Les connaissances et compétences individuelles et collectives sont assurées par plusieurs formations proposées aux professionnels. L'établissement soutient l'aptitude à de nouvelles fonctions ou responsabilités. Les entretiens individuels annuels sont en place. La réflexion Ethique est effective dans la structure. Les professionnels y sont sensibilisés grâce à un Comité Ethique interne se réunissant chaque trimestre depuis 2022. Les professionnels transmettent au comité les questionnements auxquels ils sont confrontés dans leur pratique, qui servent les débats. Il convient néanmoins pour l'établissement, de dresser un état des lieux des questionnements éthiques liés à ses spécificités, de formaliser un cadre opérationnel à ce dispositif en y incluant les ressources externes potentielles. Il existe une politique et une démarche active de qualité de vie au travail (QVT), intégrés au projet social et RSE de l'entreprise. Cette démarche a été menée sur la base d'un questionnaire suivi de plusieurs actions : de reconnaissance (valorisation des talents, dialogue social) ; de fidélisation (rémunération, gestion des absences, des congés, des plannings de travail, des

remplacements, QVT du personnel de nuit) ; de maintien dans l'emploi (promotion interne, reclassements, gestion des fins de carrière) ; de mesures de gestion des difficultés inter personnelles et des conflits : discussion avec les responsables, soutien par une prise en charge psychologique, en interne ou en externe ou recours à un médiateur. Toutefois, les entretiens (notamment les équipes de nuit) révèlent que les professionnels ne connaissent pas tous ces dispositifs d'aide et de soutien, en particulier les solutions externes. La gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (THSSE) est assurée. Les risques pouvant générer ces tensions sont identifiés et formalisés dans le plan de gestion de crise de l'établissement, actualisé en décembre 2023. Les objectifs sont conformes au plan ORSAN. Un test de mise en œuvre du plan est déclenché pour chaque alerte émise par l'ARS (dernier test en février 2024). Les professionnels concernés, connaissent ce plan de crise. La sécurité du site, des bâtiments et des locaux est assurée. Le patient est informé des règles de sécurité et des solutions de protection de ses objets personnels. Le personnel (en particulier de nuit) connaît la conduite à tenir en cas de situation critique. L'établissement fait état d'une politique de développement durable (DD) confiée à un référent. Il existe des actions de prévention des risques environnementaux et de réduction de l'empreinte et des actions de sensibilisation des personnels aux ecogestes. Cette démarche de DD n'a pour autant pas donné lieu à un diagnostic préalable, non encore fixé au programme qualité. Le circuit des DASRI est défini ; il reste néanmoins à parfaire l'identification du service producteur pour tous les contenants DASRI de même que l'affichage de tous les lieux de stockage (notamment en Médecine et en Maternité) relevés comme étant non conformes aux règles d'hygiène. La prise en charge des urgences vitales est organisée dans l'établissement. Il existe un numéro unique dédié permettant de joindre en permanence un médecin capable d'intervenir. De plus, les services de soins bénéficient chaque jour de la présence de 4 médecins de garde. Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes d'urgence (sauf quelques brancardiers). Les secteurs disposent du matériel d'urgence nécessaire dont la composition est adaptée aux besoins. Ces équipements sont accessibles rapidement, contrôlés périodiquement ; leur vérification et utilisation sont tracées. Toutefois, l'établissement n'a pas évalué l'efficacité de l'intégralité de ce dispositif (des tests du numéro dédié seulement). La gouvernance, en collaboration de la CME et des instances, sont mobilisés sur la diffusion des BP organisationnelles et cliniques. Ces recommandations sont intégrées et servent à l'élaboration des procédures et documents utiles à la prise en charge des patients. Le service qualité assure la veille documentaire. Des revues de pertinence des admissions et des séjours ne sont pas en place dans tous les secteurs : en Chirurgie ambulatoire, pas d'analyse des situations complexes ; en USC, pas de revue de pertinence des séjours ni de registre de suivi des refus d'admission ; aux Urgences, pas de revue de pertinence des admissions et des transferts et des maintiens en UHCD. L'expérience patient, essentiellement exploitée par des enquêtes e-Satis, est prise en compte dans le programme d'amélioration de la qualité. Néanmoins, les professionnels rencontrés ne sont pas en mesure de présenter les améliorations issues de ces retours patients, ni celles émises par la CDU. Le Pole Santé Léonard de Vinci a formalisé ses objectifs d'amélioration de la qualité sécurité des soins et décliné son programme et plan d'actions. L'établissement a tenu compte des IQSS diffusés en CDU et aussi affichés dans les services. De même, les EAIS sont pris en compte dans les orientations et le programme qualité ; ils sont analysés régulièrement par les instances et responsables de service. Toutefois, l'exploitation de l'ensemble de ces données ne relève pas d'une dynamique collective incluant les professionnels des services de soins sollicités ponctuellement ; leur participation effective à l'exploitation des résultats n'est pas institutionnalisée ; il n'y a pas de temps de partage et de réflexion dans les services pour analyser collectivement sur ces résultats. Les professionnels ne connaissent que les EIAS qu'ils ont déclarés ; ils ne disposent pas de vue d'ensemble pour leur secteur. Les analyses de causes ne donnent pas lieu à une synthèse régulière partagée collectivement. La gouvernance connaît les besoins en lits d'aval en particulier en cas de tension hospitalière. La « cellule d'ordonnancement » est chargée d'établir en temps réel, la situation d'occupation des lits dans l'établissement et de mettre en place le plan de gestion des besoins pour répondre aux demandes d'admissions en urgence et aux structures d'aval. L'accréditation des médecins et des équipes médicales est promue dans l'établissement, qui recense 39 médecins accrédités et 2 équipes. La direction est incitative pour les spécialités à risques

exerçant dans la clinique et en assure le suivi. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Développer la démarche qualité, en y impliquant les professionnels ; Mettre en place des évaluations de l'efficacité du dispositif urgences vitales.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	370007528	POLE SANTE LEONARD DE VINCI	1 RUE DU PROFESSEUR ALEXANDRE MINKOWSKI 37170 Chambray Les Tours FRANCE
Établissement principal	370007569	POLE SANTE LEONARD DE VINCI	1 rue du professeur alexandre minkowski 37170 Chambray Les Tours FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Oui
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Oui
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Oui
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
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	21,841
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	147
Chirurgie et interventionnel	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	129
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	55
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	68
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	10,117
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	5
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	88
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	4
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)	14
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	8
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	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
2	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
3	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
4	Traceur ciblé			mater
5	Patient traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	

6	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
7	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
8	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires ANTIBIOPROPHYLAXIE & PER OPERATOIRE
9	Traceur ciblé			PSC
10	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
11	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient en situation de handicap	

			Programmé Tout l'établissement	
13	Traceur ciblé			PSC
14	Patient traceur		Soins critiques Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
15	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
16	Traceur ciblé			PSC
17	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Soins critiques Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
18	Traceur ciblé			PSL
19	Audit système			
20	Audit système			
21	Audit système			
22	Audit système			

23	Audit système			
24	Audit système			
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Audit système			
29	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
33	Parcours traceur		<p>Chirurgie et interventionnel</p> <p>Maternité</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Adulte</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Programmé</p> <p>Tout l'établissement</p>	
	Patient traceur		<p>Médecine</p> <p>Hospitalisation complète</p>	

34			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
35	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
36	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
37	Patient traceur		Maternité Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
38	Patient traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
39	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
40	Audit système			
41	Parcours traceur		Médecine Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Urgences Tout l'établissement	
42	Traceur ciblé			EI
43	Audit système			
44	Audit système			
45	Traceur ciblé			décès d'un patient => retard d'information de la famille car retard du constat médical.
46	Traceur ciblé			CHIMIOThERAPIE
47	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable ou per os
48	Traceur ciblé			Dispositif médical réutilisable (Endoscope)
49	Audit système			
50	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Chirurgie et interventionnel	

51	traceur		Ambulatoire Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
52	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
53	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
54	Audit système			
55	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Ambulatoire Hospitalisation complète Adulte Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
56	Parcours traceur		Chirurgie et interventionnel Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Hospitalisation complète Adulte	

			Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
57	Audit système			

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

