



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE SOINS DE PODENSAC

5 allées Georges Montel
33720 Podensac



Validé par la HAS en Décembre 2023

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 – Décembre 2023

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 2023	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 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

CENTRE DE SOINS DE PODENSAC	
Adresse	5 allees georges montel 33720 Podensac FRANCE
Département / Région	Gironde / Nouvelle-Aquitaine
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	330792862	CENTRE DE SOINS DE PODENSAC	5 allée Georges Montel BP 25 33720 Podensac FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

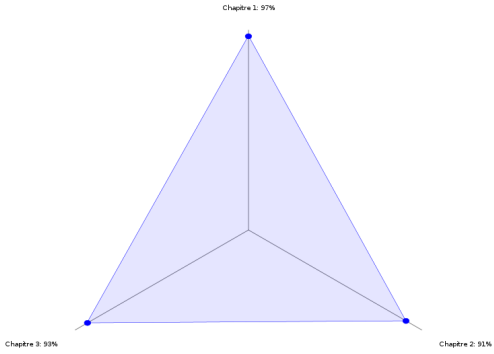
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 longue durée
Tout l'établissement

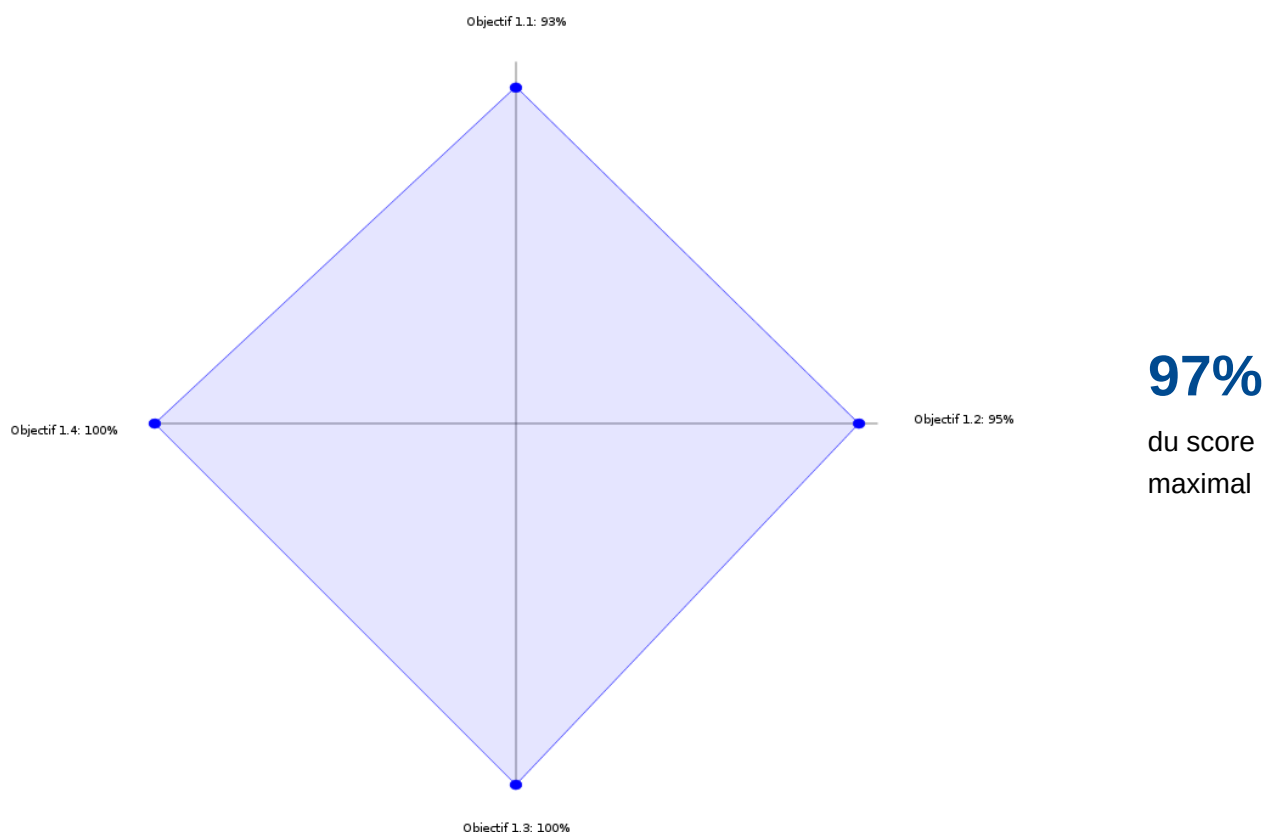
Au regard du profil de l'établissement, [95](#) critères lui sont applicables

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.	93%
1.2	Le patient est respecté.	95%
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%

Les patients sont accueillis dans 2 unités de soins : 1 Unité de Soins Longue Durée (USLD) et une Unité Hospitalisation Renforcée (UHR)

Les entretiens menés avec les patients ou leur personne de confiance montrent que les équipes leur délivrent une information adaptée sur leur prise en charge. Le patient mais surtout les familles et personne de confiance ont l'information sur les changements de traitements. Un bilan thérapeutique est retrouvé dans les lettres de liaison en cas de transfert sur les CH partenaires. L'adhésion et le consentement du patient au projet de soins est recherchée par tous les acteurs entourant la prise en charge (médecin, psychologue, soignants, diététicienne) et la réflexion bénéfices/risques est formalisée dans son dossier ainsi que sa communication aux personnes de confiance.

Si le patient le souhaite et si cela le nécessite, il peut faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Une équipe formée aux soins palliatifs est disponible sur place (1 médecin, 1 psychologue et 1 infirmière) avec la possibilité d'appeler en renfort l'équipe mobile de SP de Langon. Les proches et aidants y sont associés et leur présence est facilitée.

L'identité de la Personne de confiance est retrouvée dans les dossiers. La traçabilité de la recherche des directives anticipées est aussi tracée dans le dossier. Néanmoins, pour les patients non communicants pour lesquels cette recherche est impossible, cette information n'est pas toujours recherchée auprès de la personne de confiance. Le patient est invité à faire part de sa satisfaction au travers d'un questionnaire mis dans le livret d'accueil mais très peu rempli. Ce qui engendre une enquête de satisfaction annuelle menée en interne par l'établissement auprès des patients et de leurs proches mais ces derniers ne sont pas toujours informés de leur possible participation.

L'expérience patient est recherchée pour être acteur de sa prise en charge, uniquement au travers des questionnements des audits mensuels « Patients traceurs ». Néanmoins, au quotidien, le patient exprime que parfois des moyens ne sont pas développés pour améliorer son autonomie au regard de ses aptitudes. Les usagers et leurs proches sont sensibilisés aux prises en charges spécifiques et aux messages de santé publique par un affichage et des flyers mis à leur disposition dans le hall d'accueil.

La commission des usagers, ainsi que le moyen de contacter ses représentants sont bien affichés et inclus dans le livret d'accueil mais ne sont pas connus des patients et de leur famille. Actuellement, l'établissement est en attente de nomination par l'ARS d'un représentant des usagers pour pallier cette absence depuis plusieurs mois.

Les modalités pour soumettre une réclamation ou signaler un évènement indésirable par un lien internet, sont communiquées dans le livret d'accueil mais lors des entretiens avec les patients ou leurs personnes de confiance, ils n'en ont pas la connaissance.

Les patients et les familles soulignent la qualité des conditions d'accueil et les pratiques des professionnels qui favorisent le respect de la dignité et de l'intimité en unité de soins et au niveau de l'accueil administratif ainsi que les équipements et la bonne hygiène des locaux.

Une attention est portée à la limitation du recours à la contention et si cela se montre nécessaire, une prescription peut être retrouvée dans le dossier mais aucun patient lors de la visite n'avait de contention. Dans le secteur de soins, la situation sociale et le contexte habituel de vie du patient sont intégrés dans son dossier et sont prises en compte, pour le maintien de son autonomie, dès l'arrivée par les différents professionnels.

La confidentialité et la sécurisation des informations concernant le patient sont effectives.

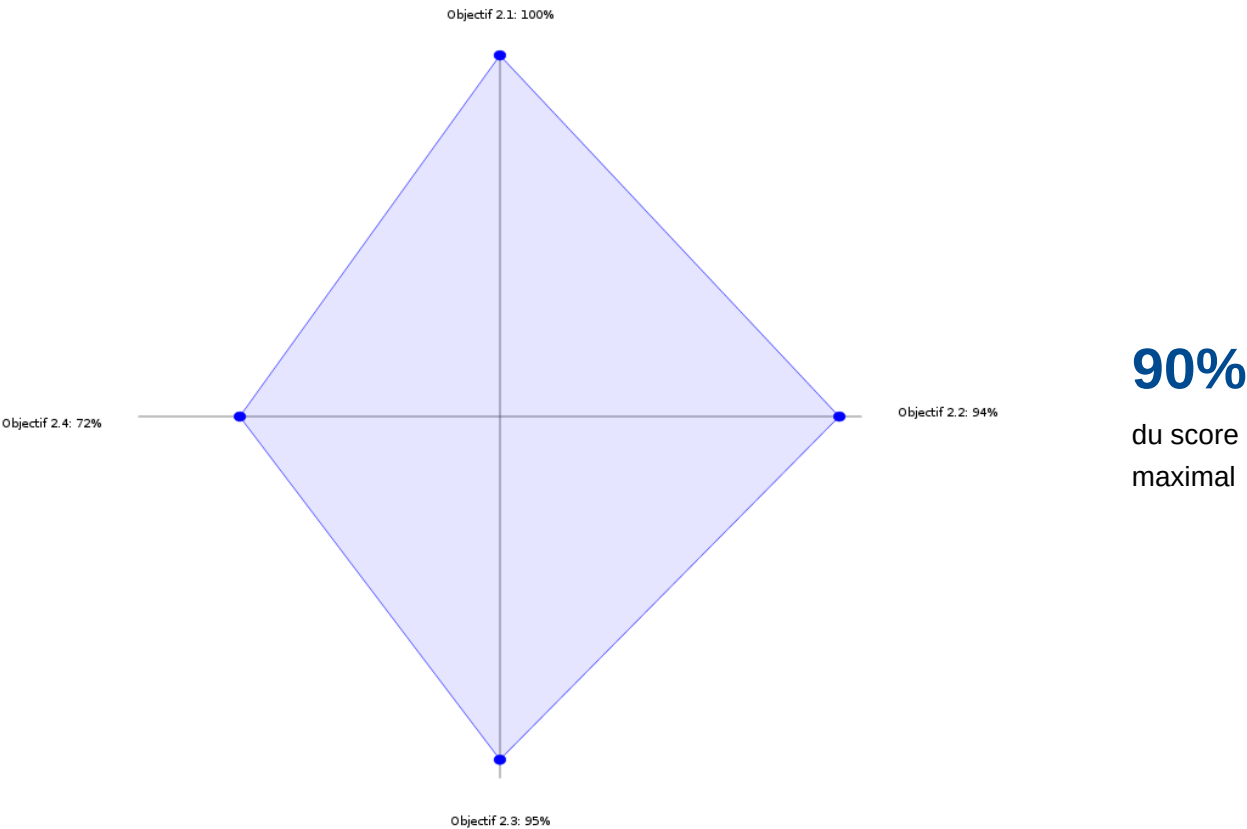
Différentes échelles d'évaluation de la douleur (Algo Plus, numérique) sont utilisées auprès des patients suivant leur état de santé pour indiquer l'intensité de leurs douleurs. Sa traçabilité, par le personnel soignant, est retrouvée ainsi sa réévaluation. La prescription « si besoin » est bien formalisée et évaluée avec une échelle de douleur associée.

Des moyens de prise en charge de la douleur sont mis en place comme une salle Snoezelen pour les patients mobiles et une chariot Snoezelen pour les patients alités en chambre.

La présence des proches et des aidants est facilitée par les horaires de visite et un lit accompagnant est proposé si besoin.

Les patients porteurs d'un handicap bénéficient de mesures adaptées. Les circulations, et des chambres et sanitaires sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

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	94%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	95%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	72%

La pertinence des actes, des prescriptions, des soins est recherchée argumentée et réévaluée de façon régulière et tracés dans le dossier.

La pertinence de l'admission en USLD - UHR s'effectue dès la réception d'une demande via Trajectoire. Une commission de préadmission est faite une fois par mois où participent : le médecin, la cadre de santé, la psychologue et la secrétaire. Tous les intervenants participant à la prise en charge du patient laissent une traçabilité dans le dossier de soin (Kinésithérapeutes libéraux, spécialiste, diététicienne, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, orthophoniste, animateurs).

Les prescriptions d'antibiotiques font l'objet d'une justification au regard de l'antibiogramme ou de l'identification du problème infectieux, elle est tracée dans le dossier patient. Une alerte, non bloquante, apparaît sur le

dossier du patients, pour l'ajustement du traitement si nécessaire à 72 heures. L'équipe médicale peut s'appuyer sur les infectiologues du CH de Langon secondée par la pharmacienne du site.

Le dossier du patient (DPI) est accessible aux professionnels impliqués. Il est informatisé sur l'ensemble de l'établissement. Les médecins d'astreinte y ont accès de leur domicile. Tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient sont tracés (Antécédents, allergies traitements, motifs d'hospitalisation).

Tous les professionnels impliqués (médecins, soignants, soins de support, ...) partagent, en temps utile, tous les éléments nécessaires à la prise en charge du patient. Le compte rendu des réunions pluridisciplinaires de coordination et d'évaluation de cette prise en charge ou du projet de soins sont retrouvés dans le dossier.

Les équipes peuvent avoir recours, si nécessaire, à des correspondants experts internes et externes dont les modalités de recours sont connues : équipe mobile des soins palliatifs, IDE titulaires de DU plaies et cicatrisation, CLUD ... Le recours à la télésanté est organisé avec le service gériatro-psychiatrique du CH de Cadillac.

La prise en charge palliative, pluridisciplinaire, pluri professionnelle et coordonnée est effective et maîtrisée par une équipe inter de soins palliatifs (une IDE et un médecin ayant le DU de soins palliatifs) est mise à disposition avec la possibilité de faire appel à l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Langon si besoin.

Une analyse pharmaceutique est effectuée à l'entrée des patients ainsi qu'une conciliation médicamenteuse mais qui reste à formaliser. Cette analyse thérapeutique n'intègre pas les informations du Dossier Pharmaceutique du patient ou du DMP si ce dernier en est doté.

La lettre de sortie (bilan prise en charge suite au décès) n'est pas incluse dans le dossier suite à sa fermeture. Les équipes connaissent les circuits des vigilances notamment celui de la pharmacovigilance et de l'identitovigilance. Les référents sont connus.

Les équipes maîtrisent les risques liés à certaines de leurs pratiques. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont retrouvées dans tous les secteurs. Des analyses de pratiques sont mises en œuvre au sein des équipes (Troubles de la déglutition, dénutrition, chute...).

La prévention des infections associées aux soins est coordonnée par le CLIN et l'EOH. Le médecin hygiéniste ainsi que l'IDE hygiéniste de la Direction Commune veillent sur le terrain au respect des précautions standards et complémentaires et à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle et aux évaluations des pratiques. Le personnel paramédical maîtrise le risque infectieux en appliquant les bonnes pratiques d'hygiène des mains.

Les professionnels sont formés aux bonnes pratiques des préventions des infections liées aux dispositifs invasifs et connaissent les protocoles de pose et d'entretien. La surveillance est suivie et tracée dans le DPI. Le bionettoyage des locaux et des chambres est effectué par un prestataire extérieur et est soumis à des audits de conformités mensuels par l'EOH.

L'établissement assure la promotion vaccinale, et suit le taux de vaccination antigrippale aux sein de son établissement.

La prise en charge médicamenteuse est coordonnée par la pharmacienne et 4 préparateurs en pharmacie. Elles assurent une dispensation nominative et fournissent aux unités des piluliers semainiers. Il existe aussi une dotation globale gérée en plein vide deux fois par semaine. La gestion des stupéfiants est organisée et formalisée. Les prescriptions sont assurées dans le dossier patient informatisé. Les règles d'administrations sont connues par les soignants. La vérification des péremptions organisées dans les unités de soins par le personnel de nuit. Le contrôle des périmés est réalisé avec une alerte en fluorescence dans les bacs.

La liste des médicaments à risques est définie ; leur identification et leur stockage est conforme aux attendus. Certains critères de sévérité iatrogènes sont dépistés, évalués et maîtrisés par les équipes comme la dénutrition selon une approche pluridisciplinaire. Les professionnels l'évaluent cliniquement et le notifient dans le dossier du patient. Deux professionnels APA (Activité Physique Adapté) extérieur à l'établissement, interviennent dans tous les secteurs de soins pour renforcer l'équipe de kinésithérapeutes libéraux intervenant dans la structure. L'échelle de Norton (risque d'escarre) est faite à l'entrée ainsi que la détection du risque suicidaire par la psychologue des unités. Néanmoins, il n'est pas retrouvé pas dans le dossier patient la

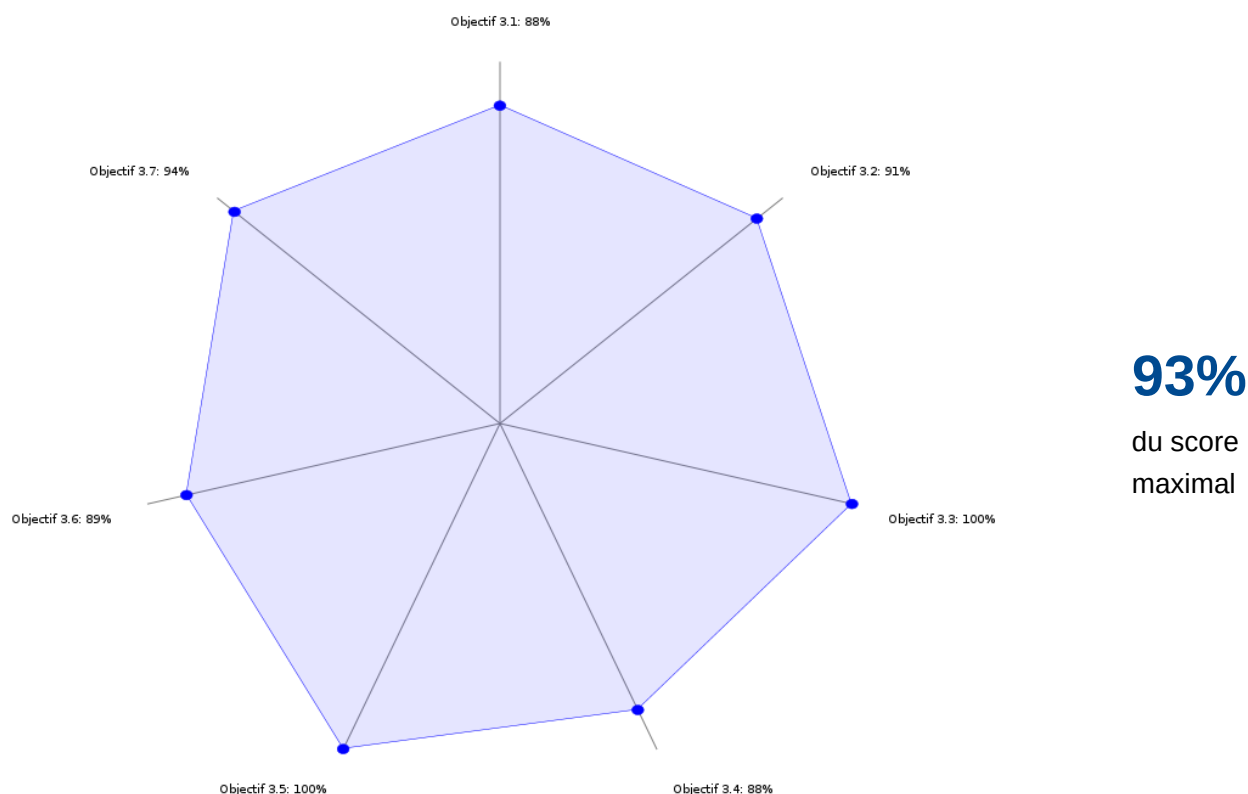
traçabilité de l'information donnée aux proches de la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation.

La dose de rayonnement ionisant ainsi que son information transmise aux patients et leur famille n'est pas retrouvée dans le dossier (Radiographie, scanner ...).

Des évaluations de pratiques professionnelles au regard des résultats cliniques sont retrouvées. Néanmoins, des analyses des résultats cliniques ne sont pas mobilisées à l'échelle de l'équipe qui ne disposent pas d'indicateurs de pertinence sur leurs deux filières gériatriques. De ce fait, les équipes ne disposent pas de programme d'actions spécifiques. Il existe des actions d'amélioration émanant de déclaration d'événements indésirables associés aux soins dont les presque-accidents et d'évaluation de l'expérience patient. Ils connaissent les recommandations établies par la Commission des Usagers de l'institution par un affichage. Les équipes s'expriment sur la mise en œuvre des plans d'actions émanant de l'analyse structurée et collective (CREX) des événements indésirables graves et de leurs PAQSS ou d'action mise en œuvre suite des réclamations des patients (Prise en charge et aide aux repas).

Les délais de rendu des examens de laboratoire sont conformes aux attendus du corps médical. Des audits sur les pratiques de prélèvements sanguins ont été effectués et les résultats sont communiqués et connus des professionnels. Par contre, pour ce qui concerne les examens de radiologie des dysfonctionnements dans la récupération des comptes rendus ont été signalés mais aucune analyse n'a été effectuée.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	88%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	88%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	89%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	94%

Le Centre de Soins Maison de Retraite (CSMR) de Podensac fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire Alliance de Gironde dont l'établissement support est le CHU de Bordeaux. Il est en Direction Commune avec 5 autres établissements publics du Sud Gironde sanitaires et/ou médico-sociaux. L'établissement a défini ses orientations stratégiques et a déterminé sa filière gériatrique en lien avec son

territoire ainsi que sa filière géronto-psychiatrique.

Le CSMR bénéficie par convention du plateau technique de l'Hôpital de Langon : laboratoire et radiologie (échographie, scanner, IRM) et de l'accès à son service d'urgences. De même, une convention est passée avec le Centre Hospitalier de Cadillac spécialisé en psychiatrie.

Depuis un an, le CSMR a développé une téléconsultation en partenariat avec l'établissement de Cadillac pour les patients hospitalisés mais qui est peu utilisée.

Un système de communication est en place pour l'information aux spécialités professionnelles extérieures à l'établissement. Plusieurs modalités de correspondance sont en place et permettent aux usagers et aux médecins de ville ou spécialistes de contacter directement les services : lignes téléphoniques dédiées, site internet et sont communiqués aux patients ou à leurs proches. Une messagerie sécurisée est mise en place pour tous les praticiens et la diffusion des comptes rendus aux médecins spécialistes par messagerie sécurisée est possible.

Un partenariat s'est établi avec le Centre Hospitalier du Sud Gironde de Langon et le Centre Hospitalier de Cadillac pour la prise en charge des personnes âgées directement en unités de soins mais ces deux filières ne sont pas formalisées. De plus, il n'existe pas aujourd'hui, de partenariat favorisant les entrées directes des personnes âgées en unité de soins sans passer par les urgences.

L'établissement promeut des projets au sein de l'établissement (Création d'une unité de soins complexe, architectural, condition de travail) et repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche.

La promotion du DMP ou du dossier pharmaceutique se fait par affichage ou par communication sur le livret d'accueil, néanmoins les équipes de soins ne se sont pas appropriées ces outils donc n'en font pas la promotion.

Des dispositifs de recueil de l'expression du patient sont en place avec un questionnaire de satisfaction institutionnel en cours de réactualisation. Une enquête de satisfaction auprès des patients et de leur entourage est effectuée tous les ans, avec la participation des représentants des usagers en 2022. Des actions d'expertise patient sont développées au travers d'audit « patient traceur » effectué tous les mois avec participation des personnes de confiance si nécessaire.

La bientraitance et la bienveillance font partie des valeurs et des priorités de l'établissement. Une charte est affichée et un espace snoezelen ainsi qu'un chariot mobile sont à disposition.

La prévention de la maltraitance est basée sur l'expérience des patients au travers des audits mensuels « patient traceur ». Une bande dessinée est à disposition des professionnels, pour connaître les situations / gestes maltraitants et une procédure de déclaration et traitement de situation de maltraitance existe et est connue des professionnels. Cependant, il n'y a pas de modalités d'écoute quotidienne de l'expérience patient concernant ce sujet. De plus l'établissement ne recense pas les cas de maltraitance dans le PMSI et n'évalue pas annuellement le repérage des situations de maltraitance dont ont été victimes les patients vulnérables. L'accès du patient à son dossier est possible dans les délais requis et toutes les informations nécessaires sont soumises aux usagers au travers du livret d'accueil.

L'accès aux personnes vulnérables est favorisé mais s'effectue au cas par cas par l'assistante sociale car il n'existe pas de PASS au sein de cet établissement.

Pour l'accessibilité des personnes en situation de handicap, les locaux sont adaptés pour les différents handicaps et des petits moyen de communication sont utilisés au sein des 2 unités (support avec des pictogrammes).

L'établissement donne la possibilité aux familles et proches des patients de rester en dehors des horaires de visite et installent des lits accompagnant si besoin.

Actuellement, il n'y a pas de Représentants des usagers au sein de cette structure depuis quelques mois.

Néanmoins, ils ont été impliqués dans les instances : CLIN, CLUD, CLAN et dans l'élaboration et le suivi de la politique qualité et sécurité des soins et ont été inclus dans les démarches qualité et sécurité des soins.

L'établissement soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles

dans son établissement.

Le développement de la culture qualité est une des priorités du projet d'établissement qui a défini des objectifs déclinés dans un programme d'actions concrètes sur le terrain. La mise à disposition des ressources nécessaires à la sécurité des prises en charge est facilitée par la mutualisation des équipes ou aménagement d'horaire sur les secteurs de prise en charge si besoin (USLD et UHR) autant en jour qu'en nuit.

Il existe une adéquation des ressources humaines, de l'activité en service de soins et de la présence médicale malgré un contexte de recrutement paramédical difficile. Des maquettes organisationnelles existent et sont validées pour sa mise en œuvre.

Un plan de formation pour le management est facilité au regard des demandes comme « Gestion des personnalités difficiles, master de gestion, Ateliers de codéveloppement ».

Le travail en équipe a été observé dans tous les secteurs de soins. Il existe au sein des unités de soins des espaces ou temps de discussions collectives hebdomadaires qui permettent de questionner l'organisation du travail. Au regard de la taille et de l'activité soignante de la structure, il n'y a pas toujours de programmes d'accréditation en équipes proposés.

Les compétences individuelles sont reconnues et mises en valeur (DU plaies et cicatrisation, DU gérontologie, DU Soins Palliatifs). Des bilans de compétences annuels permettent de recueillir les souhaits de chacun et ainsi d'alimenter le plan de formation.

Il n'y a pas de commission d'éthique organisée. Les problématiques éthiques rencontrées sur le terrain sont réappropriées, en interne, par les équipes de soins avec leur encadrement de proximité et la psychologue.

La politique de qualité de vie au travail (QVT) est en place et est axée principalement sur l'accompagnement psychologique et social des personnels. Des mesures de soutien sont proposées si nécessaire, avec par exemple le recours possible à la psychosociologue du travail. Un audit auprès des professionnels a été effectué et son analyse sera présentée aux instances en juin.

L'accueil du nouvel arrivant est organisé, un livret d'accueil actualisé en 2023 est fourni et des rencontres avec le cadre du secteur sont programmées avec mise en place d'un tutorat.

L'établissement répond aux risques auxquels il est exposé et il existe un plan de gestion de crise pour faire face à tout type de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) susceptibles de les impacter. Des procédures en cas de canicule (Hydratation et médicaments) sont formalisées et connues des professionnels. Néanmoins leurs ressources ne sont pas coordonnées avec les partenaires du territoire.

Les plans de sécurisation de l'établissement sont effectifs et les formations obligatoires pour les professionnels réalisées (incendie). Il existe des règles de sécurisation des objets personnels par un inventaire fait à l'entrée et remise des objets de valeur à la famille avec traçabilité. Néanmoins, les familles ne sont pas toujours informées des règles de sécurisation des objets de valeur.

Toutes les mesures pour la prise en compte des risques numériques sont effectives et sont connues des professionnels. Les professionnels connaissent la procédure en cas de panne informatique ou cyber attaque. Une demande de changement de mots de passe est réalisée tous les semestres.

Une politique Développement Durable (DD) est intégrée au projet qualité. Une convention de partenariat avec CHSG de Langon pour la transition énergétique est effective. Deux référents DD existent sur la structure en lien avec les Affaires Générales. Le diagnostic énergétique a été effectué. Le circuit des déchets est conforme aux règles d'hygiène et sa sécurisation est effective par contre, à part pour les DASRI, le tri des déchets n'est pas optimisé concernant le papier, plastique, verre, ordures ménagères.

La prise en charge des urgences vitales est incomplète : Un chariot d'urgence sécurisé est disponible pour les deux unités de soins situé sur le même étage et facile d'accès. La traçabilité de la vérification et des péremptions des médicaments dans ce chariot est effective. Il existe un numéro unique d'appel en cas d'urgence vitale connu de tous les professionnels. Cependant, il n'existe pas de logigramme ou de procédure de prise en charge de l'urgence vitale au sein de l'établissement donc pas d'évaluation possible. De plus les professionnels de soins ne réalisent pas d'exercices de mise en situation.

Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence (AGFSU) par un organisme

extérieur.

Les événements indésirables sont vus tous les jours par la cellule qualité et la direction. Les EIG sont traités rapidement avec une analyse suivant les méthodes KISS et QQQCCP avec participation des professionnels concernés. Néanmoins, il n'est pas retrouvé la traçabilité de l'information donnée au patient ou à leur famille des événements indésirables les concernant.

Des patients traceurs sont effectués tous les mois et 8 EPP (Prévalence des escarres, Chute, Prescription chez la personne âgée, dénutrition, santé buccodentaire, BMR et troubles de la déglutition) sont suivies et reportés dans le PAQSS. L'expérience patient n'est exploitée par les équipes qu'au travers des patients traceurs.

Les professionnels sont informés au travers de réunions hebdomadaires, de réunions de service ou mails et par affichage dans les secteurs de soins.

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 :

Sécuriser la prise en charge des urgences vitales. Prévenir les passages évitables aux urgences pour les patients âgés. Faire évaluer les pratiques par les équipes concernant les résultats cliniques, la satisfaction/l'expérience et la qualité des résultats d'examen de radiologie.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023
- 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	330792862	CENTRE DE SOINS DE PODENSAC	5 allée Georges Montel BP 25 33720 Podensac FRANCE
Établissement principal	330005182	CENTRE DE SOINS DE PODENSAC	5 allees georges montel 33720 Podensac FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023

Catégorie / Champs d'applicabilité / Donnée de profil	Valeur
Autorisations	
Urgences	
Existence d'un soignant d'accueil et d'orientation	Non
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)	Non
Existence de Structure des urgences générales	Non
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	Non
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	Non
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	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
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	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	0
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 SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	50
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	Traceur ciblé			Non applicable
2	Traceur ciblé			Non applicable
3	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaire
4	Traceur ciblé			EI critique
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Audit système			
9	Audit système			
10	Audit système			
11	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et un antibiotique
12	Audit système			
13	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé	

14			Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
15	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Soins de longue durée	
16	Audit système			
17	Audit système			

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

