



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

# **CENTRE MEDICAL LA PIGNADA**

Route de claouey  
33950 Lege Cap Ferret



Validé par la HAS en Mars 2022

---

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



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

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
Chapitre 3 : L'établissement	14
Table des Annexes	16
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	17
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2022	18
Annexe 3. Programme de visite	22

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

CENTRE MEDICAL LA PIGNADA	
Adresse	Route de claouey 33950 Lege Cap Ferret FRANCE
Département / Région	Gironde / Nouvelle-Aquitaine
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	330781386	FEDERATION GIRONDINE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES RESPIRATOIRES	73 Avenue de Magellan 33600 PESSAC FRANCE

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

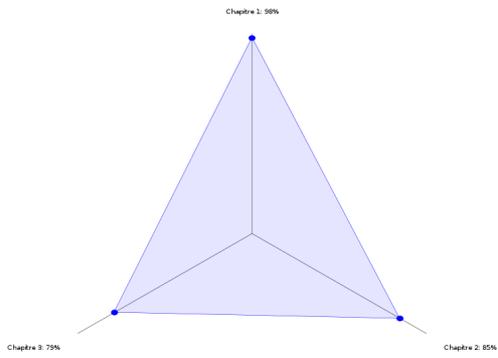
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

# Champs d'applicabilité

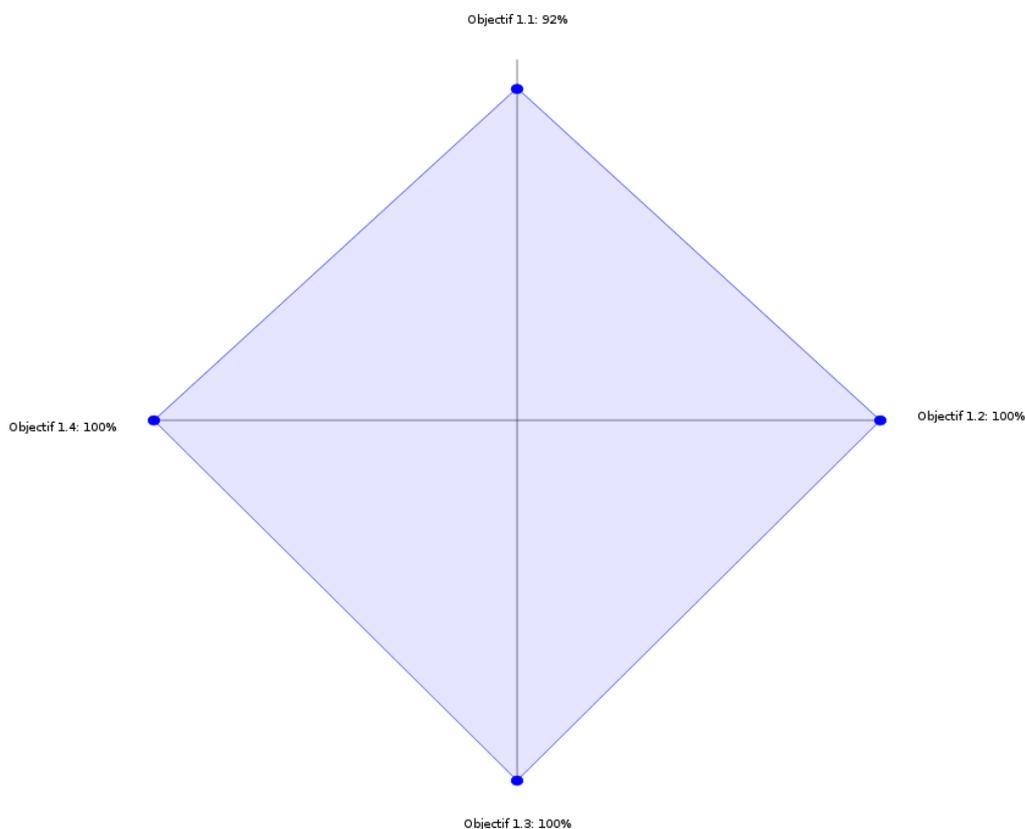
Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Hospitalisation complète
Maladie chronique
Médecine
Pas de situation particulière
Patient âgé
Patient atteint d'un cancer
Patient en situation de handicap
Patient en situation de précarité
Programmé
Soins de suite et réadaptation
Tout l'établissement

Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

# Résultats

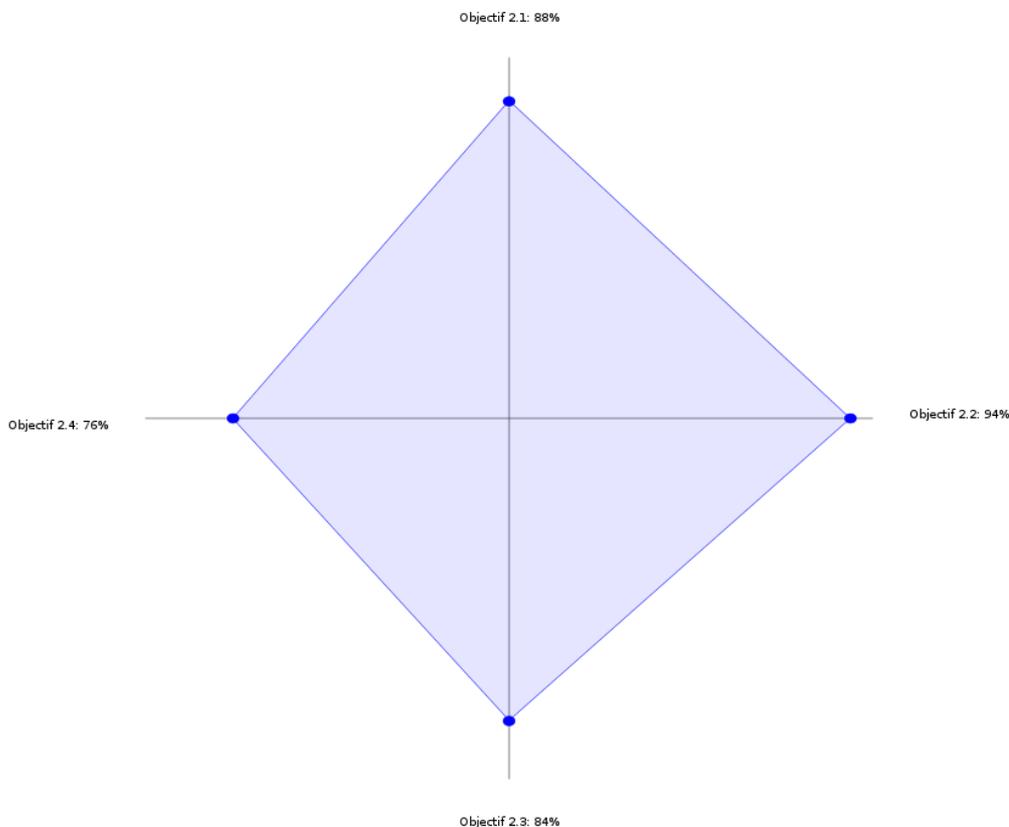


# Chapitre 1 : Le patient



Le Centre la Pignada développe une prise en charge spécialisée en réadaptation et réhabilitation fonctionnelle cardiologique et respiratoire. La prise en charge repose sur le principe de base du patient co-acteur de sa santé et cible le renforcement du rôle du service SSR hors les murs par le développement d'actions de prévention des maladies cardiovasculaires et respiratoires. Ces engagements se traduisent par une information complète du patient et la recherche active de son implication durant sa prise en charge. Son consentement libre et éclairé est recherché et la désignation de la personne de confiance est effective. Le patient bénéficie de messages et de consignes pour développer sa capacité à être acteur face à sa maladie notamment dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique porté par l'établissement. Le recueil de la satisfaction du patient est organisé et les données issues de cette démarche sont exploitées afin d'améliorer les pratiques. Cependant, les modalités de formulation d'une réclamation et d'un évènement indésirable grave ainsi que les représentants des usagers ne sont pas totalement connus des patients malgré les supports d'information en place. Le respect de l'intimité et de la dignité des patients est effectif. La prise en charge de la douleur est organisée. Les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec une présence facilitée auprès du patient. La prise en charge est adaptée à ses conditions de vie et la préparation de sa sortie est organisée afin de favoriser la poursuite de cette prise en charge en réhabilitation y compris dans le cadre d'une hospitalisation de jour sur le site du Hillot. Le patient bénéficie d'un entretien avec une assistante sociale afin de prendre en charge l'ensemble de ses besoins complémentaires aux soins.

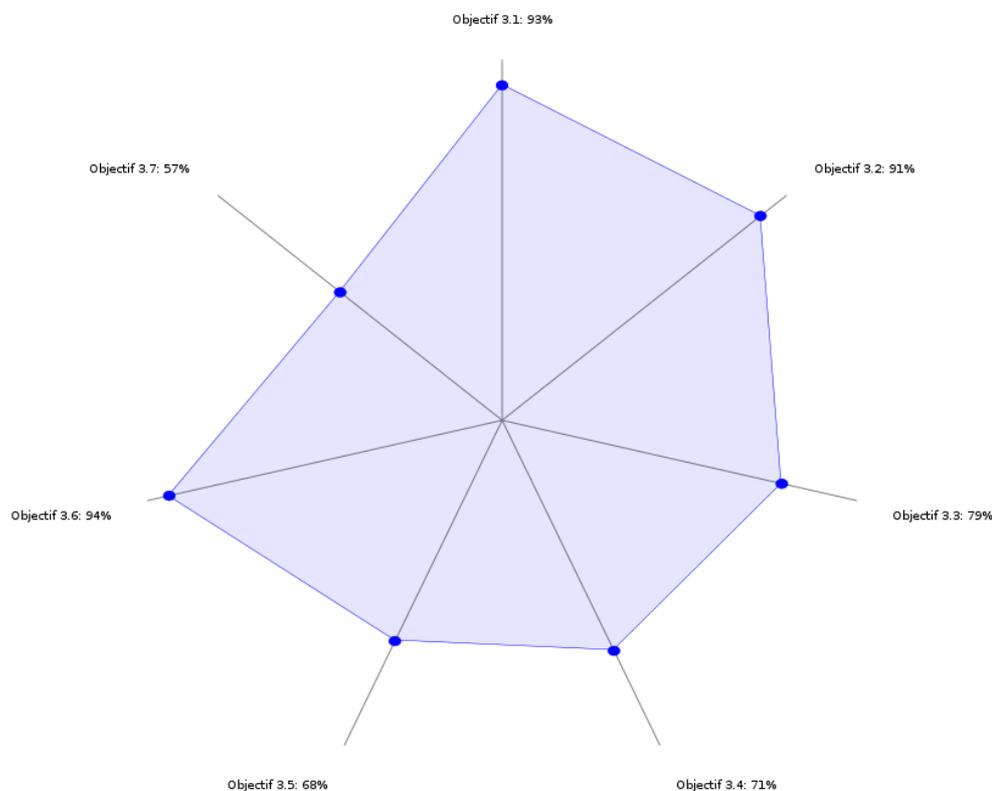
## Chapitre 2 : Les équipes de soins



Les équipes s'attachent à argumenter la pertinence des parcours, des actes et des prescriptions au regard des référentiels validés. La réévaluation de l'antibiothérapie est effective mais les professionnels de l'établissement ne bénéficient pas de formation en la matière. Les équipes de soins du centre sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de son séjour. La coordination s'appuie sur un dossier de soins informatisé alimenté en continu par les acteurs du soin durant le séjour du patient. Bien que l'établissement soit organisé pour recueillir les principales causes possibles de iatrogénie, les dossiers consultés ne les comportaient pas toutes. La communication avec les acteurs d'aval s'appuie sur une lettre de liaison qui comporte tous les attendus afin de permettre la continuité des soins. L'établissement est structuré pour gérer ses principaux risques avec une maîtrise de l'identification du patient et une gestion globalement adaptée du circuit du médicament. Toutefois, la gestion des médicaments à risque n'est pas accompagnée par des actions de formation spécifiques. De plus, l'identification des médicaments à risque n'est pas respectée tout le long du parcours : dans l'armoire de stockage au niveau des salles de soins pour certains médicaments, dont les héparines de bas poids moléculaire (HBPM), dans les réfrigérateurs pour les insulines, dans le logiciel lors de la prescription par le médecin, dans le pilulier journalier des patients, dans le chariot de distribution des médicaments (plusieurs stylos à insuline étaient sans date d'ouverture). En cours de visite, l'établissement a apposé des étiquettes "Médicament à risque" dans les différents lieux le nécessitant (armoire de stockage, réfrigérateurs, pilulier, ...) mais la pérennité de ces actions n'a pu être vérifiée. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants et le transport des patients en intra hospitalier est organisé en accord avec leurs besoins et leur spécificité. La prévention du risque infectieux est assurée avec l'application généralisée des bonnes pratiques d'hygiène des

mains. Les professionnels évaluent leurs pratiques avec le suivi d'indicateurs nationaux ou spécifiques. Les équipes recueillent, analysent et mettent en place des actions d'amélioration basées sur l'évaluation de la satisfaction du patient, les réclamations et les éventuelles plaintes. Cependant, cette démarche ne développe pas l'exploitation des Evènements Indésirables Associés aux Soins déclarés par les professionnels.

## Chapitre 3 : L'établissement



L'établissement dispose d'un projet d'établissement développant ses principales orientations stratégiques. Ces orientations stratégiques visent à décrire son modèle d'organisation de la réadaptation basée sur une prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée en réseau avec les autres établissements sanitaires de son territoire. Sa participation aux projets territoriaux est effective au regard de la spécificité de ses prises en charge de rééducation-réadaptation respiratoire et cardiovasculaire. De nombreux outils sont utilisés afin de faciliter la communication entre le centre, ses professionnels, les patients et la médecine de ville à l'exception de l'alimentation du Dossier Médical Partagé qui n'est pas opérationnelle. La communication est centrée sur le patient afin d'accompagner au mieux sa prise en charge et la préparation de son retour au domicile. La représentation des usagers est effective au sein de la Commission Des Usagers mais leur implication directe dans les instances et les projets structurants n'est pas développée. Les plaintes et les réclamations sont examinées en lien avec les professionnels. La gouvernance veille au respect des droits, dignité, intimité, confidentialité et à l'établissement de la relation d'aide et de soutien vis-à-vis des patients et de leurs familles. Les professionnels sont mobilisés pour assurer la promotion de la bientraitance avec des pratiques de terrain conformes à cet objectif. Les patients porteurs de handicaps sont pris en charge dans des locaux et avec des équipements adaptés. L'accès du patient à son dossier est assuré et suivi dans ses modalités de réalisation. La gouvernance pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge afin d'assurer une continuité dans un contexte démographique de professionnels de santé déficitaire. Le centre s'est doté d'une politique Qualité de Vie au Travail et la gouvernance développe une démarche vers les professionnels qui, cependant, ne dispose pas d'un dispositif d'écoute structuré pour un soutien psychologique. La sécurité des biens et des personnes est opérationnelle et la prise en charge des

urgences vitales est structurée. Le centre soutient une dynamique d'amélioration continue de la qualité reposant sur un Plan d'Amélioration de la Qualité. Cependant, les professionnels de terrain ne connaissent pas les actions intégrées dans ce dernier récemment remanié dans un contexte difficile lié à l'absence de la Responsable Assurance Qualité. La déclaration des événements indésirables est opérationnelle mais leur exploitation n'est pas développée. Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont communiqués, analysés et exploités avec les professionnels. Cependant, ces indicateurs n'étaient pas communiqués auprès de la CDU au moment de la visite et l'ont été après la visite lors de la CDU de décembre 2021. La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes.

# Table des Annexes

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

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	330781386	FEDERATION GIRONDINE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES RESPIRATOIRES	73 Avenue de Magellan 33600 PESSAC FRANCE
Établissement principal	330780560	CENTRE MEDICAL LA PIGNADA	Route de claouey 33950 Lege Cap Ferret FRANCE
Établissement géographique	330059106	SSR LE HILLOT	32 rue jean perrin 33600 PESSAC FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	
Autorisation de Neurochirurgie	
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	
Autorisation d'Activité de greffe	
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	50
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	20
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

### Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Audit système	Dynamique d'amélioration		
2	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Audit système	Représentants des usagers		
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient âgé Soins de suite et réadaptation Adulte Pas de situation particulière Hospitalisation complète Programmé	
6	Audit système	Engagement patient		
7	Audit système	QVT & Travail en équipe		
8	Audit système	Entretien Professionnel		
9	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Transport couché ou assis entre secteurs d'activité (ex : SSR HC vers SSR HDJ ou SSR vers imagerie médicale)
10	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		A définir en visite
11	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable

12	Audit système	Maitrise des risques		
13	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os
14	Parcours traceur		Tout l'établissement Patient âgé Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
15	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Produit sanguin labile
16	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
17	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
18	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
19	Audit système	Leadership		

20	Audit système	Coordination territoriale		
----	---------------	---------------------------	--	--

---

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

---

