



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE HOSPITALIER
DE PONTEILS LES
CHÂTAIGNIERS**

Pelandry

1817 route de Villefort

30450 PONTEILS ET BRESIS



Validé par la HAS en Octobre 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 – Octobre 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	19
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	20
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2023	21
Annexe 3. Programme de visite	25

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 HOSPITALIER DE PONTEILS LES CHÂTAIGNIERS	
Adresse	Pelandry 1817 route de Villefort 30450 PONTEILS ET BRESIS FRANCE
Département / Région	Gard / Occitanie
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	300781010	CENTRE HOSPITALIER DE PONTEILS/LES CHATAIGNIERS	pelandry 1817 route de Villefort 30450 Pontails-Et-Bresis FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

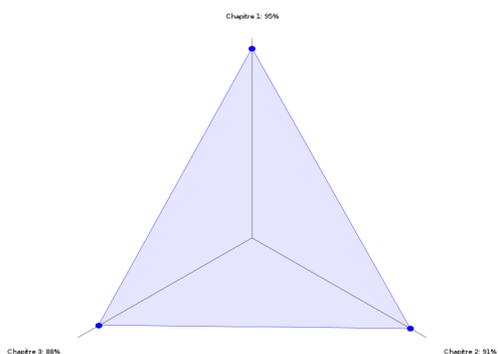
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
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

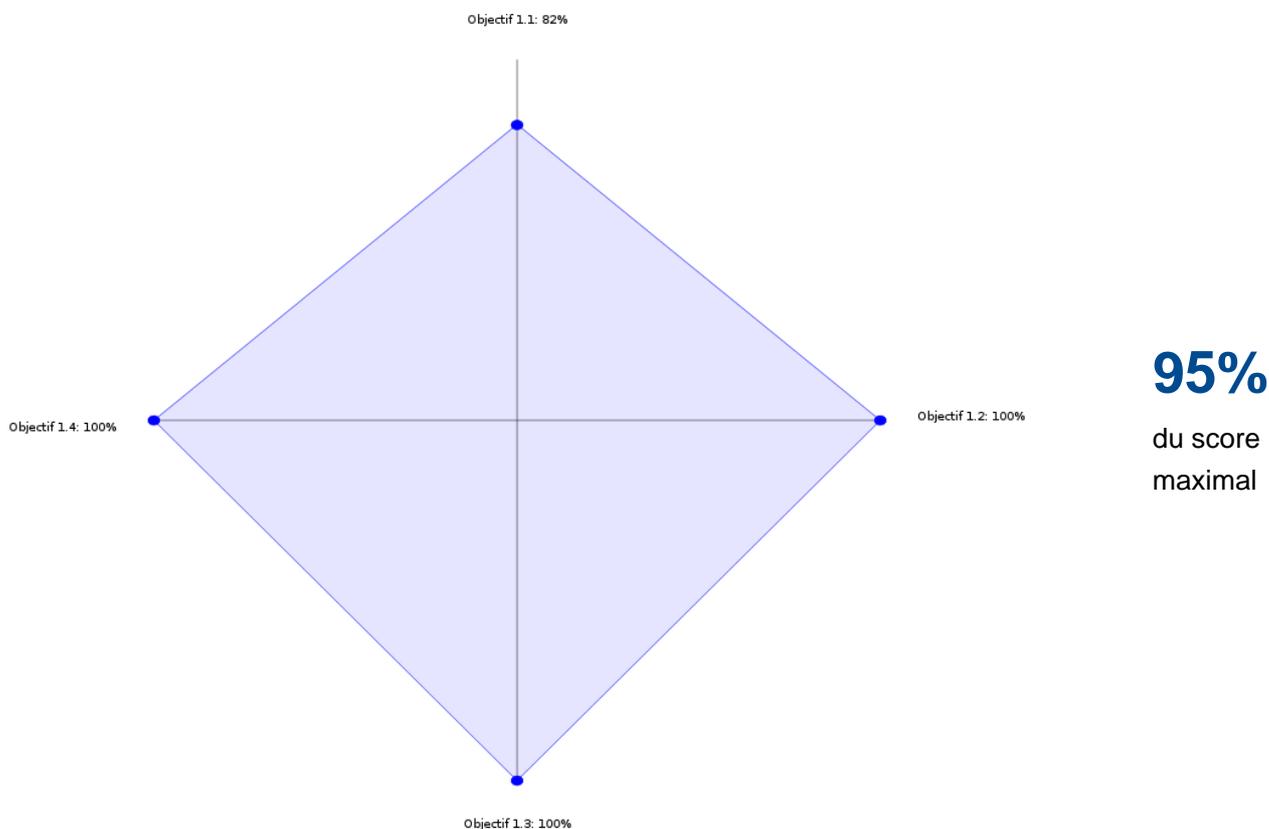
Au regard du profil de l'établissement, [96](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

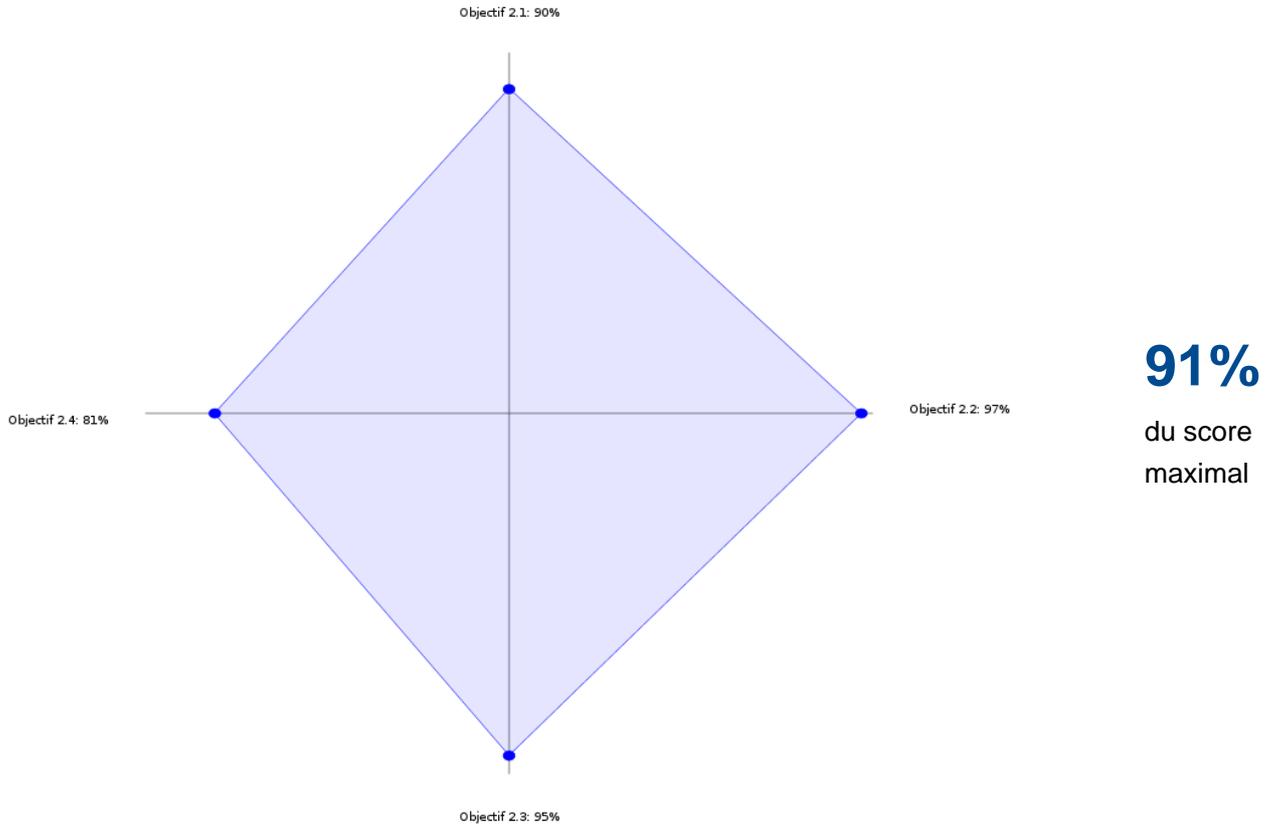


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	82%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Les patients accueillis au centre hospitalier de Ponteils reçoivent une information adaptée à leur état de santé et leur implication et consentement sont recherchés pour leur projet de soin. L'implication du patient dans sa prise en charge a pu s'illustrer lors d'un audit avec l'adaptation de la posologie d'un des médicaments lors d'un entretien entre le patient et le médecin. Un autre audit témoigne de la relation de confiance instaurée pour permettre un sevrage tabagique progressif avec un contrat moral négocié entre le patient et l'équipe. Le traceur ciblé PSL a permis de vérifier la traçabilité de l'information donnée au patient concernant l'acte de transfusion. L'équipe sollicite le patient sur son expérience quant à sa prise en charge mais il n'y a pas de recueil de l'expérience patient organisé. Cependant, la référente qualité est en cours de formation « Développer l'expérience dans son établissement ». Les patients ne connaissent pas toujours les outils pour exprimer leur

satisfaction par le biais du questionnaire durant et après son séjour même si celui-ci est remis avec le livret d'accueil. Un patient rencontré au cours de la visite, n'a pas été informé des éventuelles modifications de traitement en prévision de la sortie et les patients ont déclaré ne pas être informés sur leur droit à rédiger les directives anticipées ni sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles, qui peuvent l'accompagner. Ils ne connaissent pas toujours la procédure pour déclarer un évènement indésirable associé aux soins (EIAS). Les droits des patients tels que décrits dans la charte de la personne hospitalisée sont respectés au cours de la prise en charge. La dignité, l'intimité ainsi que la confidentialité des informations le concernant sont assurés par les professionnels. Le recueil de la personne de confiance est organisé dès l'entrée. Les patients présentant un handicap bénéficient d'une évaluation et du maintien de leur autonomie tout au long de leur séjour. Celle-ci fait l'objet d'une évaluation systématique à l'entrée et de réévaluations à fréquence régulière. Des mesures adaptées sont mises en œuvre pour préserver l'autonomie des personnes âgées hospitalisées. Les patients reçoivent une aide individualisée pour leurs besoins élémentaires (alimentation, hydratation, soins d'hygiène corporelle...). Leurs habitudes de vie sont prises en compte dès l'admission. Les patients traceurs montrent que la prise en charge de la douleur est effective. Elle est évaluée et réévaluée tout au long de l'hospitalisation. Un audit illustre la prise en charge de la douleur avec une attention particulière pour comprendre l'origine des douleurs multifactorielles. Au centre hospitalier de Pontails, hôpital de proximité, on note que les proches et les aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soin avec l'accord du patient. Leur implication est systématiquement recherchée par les professionnels. Tenir compte et favoriser les liens sociaux et familiaux sont des actes cités dans la charte de bientraitance de l'établissement. Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement au cours de l'hospitalisation et ses conditions de vie sont prises en compte pour l'organisation de sa sortie. Des visites à domicile (ergothérapeute et assistante sociale) peuvent être organisées pour préparer la sortie. Un audit illustre les démarches sociales poussées pour une situation complexe.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



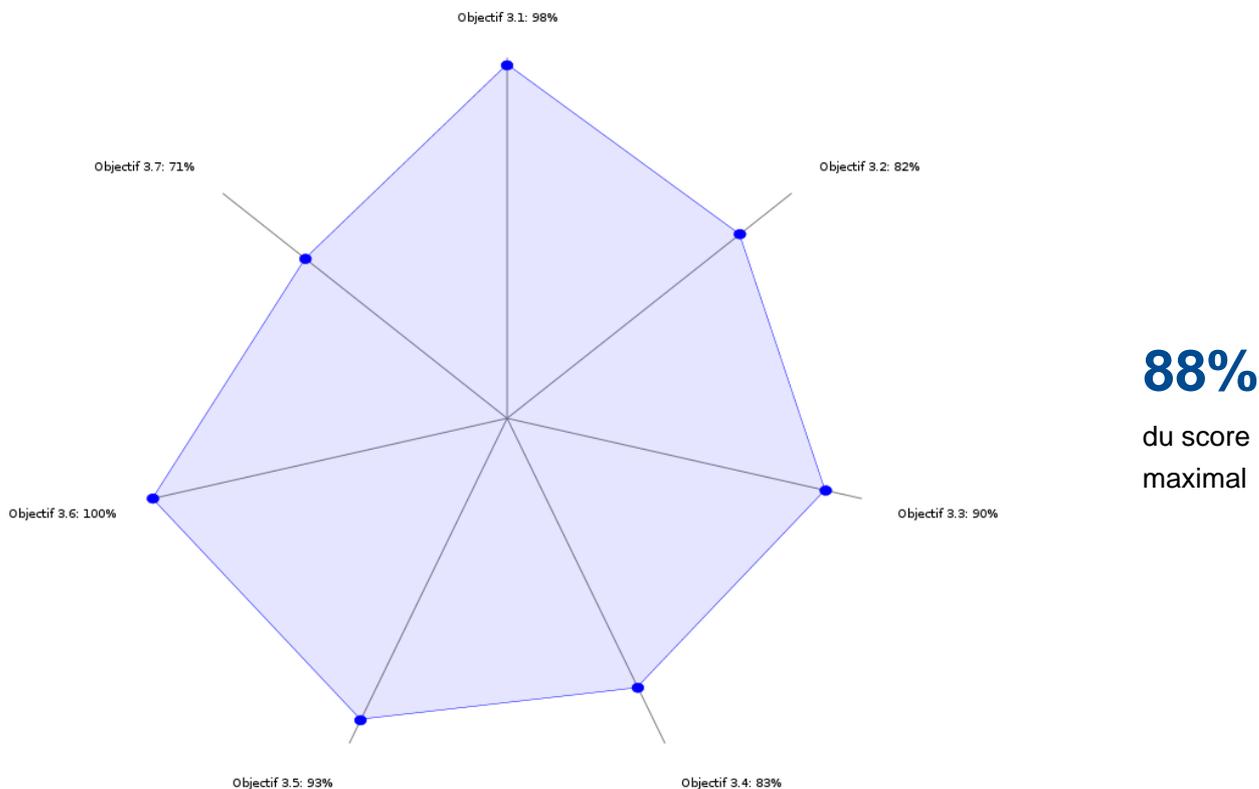
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	90%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	97%
2.3	Les équipes maîtrisent 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	81%

La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée. On retrouve la pertinence de la prise en charge dont les décisions prises dans le projet de soins du patient. Les demandes d'admission via trajectoire pour le SSR sont étudiées sur dossier. La gouvernance précise que certaines admissions en SSR peuvent ponctuellement être refusées ou différées lors de l'absence de la kinésithérapeute compte tenu de l'impossibilité à recruter un remplaçant. Au cours de la visite, un intérimaire était en poste. La pertinence du maintien en SSR est réévaluée à fréquence régulière au cours du séjour (staff pluriprofessionnel hebdomadaire). Concernant la prise en charge en hospitalisation à domicile, il y a une analyse des transferts réalisée et partagée par les services prescripteurs et l'HAD. Les prescriptions des antibiotiques sont argumentées et réévaluées. Un audit sur la pertinence de la réévaluation a été réalisé en 2022. Le pharmacien

vérifie la concordance entre l'antibiogramme et la prescription antibiotique et émet des interventions sur le choix ou la posologie suite à une correspondance avec l'infectiologue. L'expert visiteur a constaté que la prescription de la transfusion est argumentée (le bénéfice risque est tracé dans le dossier). Le dossier transfusionnel est complet. Néanmoins, l'analyse de pertinence des actes transfusionnels n'est pas toujours réalisée. Une organisation est effective dans chaque service pour la coordination des équipes et la prise en charge pluri professionnelle. Ils ont recours, si nécessaire, à une expertise (douleur, hygiène, antibiothérapie, plaies et cicatrisation) ou à un avis spécialisé par le biais des consultations avancées de pneumologie et cardiologie. La démarche palliative pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle (2 lits identifiés soins palliatifs en service de Médecine) est coordonnée et mise en œuvre pour les patients en fin de vie avec intervention de l'Equipe Mobile Soins Palliatifs si besoin. Les éléments utiles à la prise en charge du patient sont collectés dans le dossier et accessibles à l'ensemble des professionnels. Cependant, lors d'un parcours traceur, l'expert a constaté que le patient en difficulté n'avait pas bénéficié d'un soutien par un psychologue interne (l'établissement n'arrive pas à recruter de psychologue) ou externe pendant son hospitalisation. Au cours de la visite, une patiente hospitalisée pour une rééducation après pose de PTH sur une pathologie neurologique existante n'a pas pu bénéficier d'une rééducation optimale en raison d'un absentéisme du personnel de rééducation (kinésithérapeute). La conciliation médicamenteuse est mise en œuvre par le pharmacien. Les audits ont permis de vérifier que la lettre de liaison à la sortie avait été remise au patient et adressée au médecin traitant. Lors de l'admission, le patient fait l'objet de la vérification de son identité. Les professionnels appliquent les règles de mise en œuvre de l'identitovigilance. Les risques liés à la prise en charge médicamenteuse dont les médicaments à risque, les stupéfiants et les antibiotiques sont assurés pour : - la prescription des traitements qui se fait exclusivement sur le Dossier Patient Informatisé (DPI), - la dispensation réalisée suite à l'analyse pharmaceutique et à la validation par le pharmacien, - la préparation du traitement par l'infirmier avec la traçabilité dans le DPI au moment de la prise. Cependant : - l'analyse pharmaceutique n'intègre pas les informations du Dossier Pharmaceutique (DP) du patient, - les heures d'ouvertures de la PUI ne permettent pas toujours la PEC médicamenteuse optimale du patient à l'entrée même si l'on peut noter que le risque a été identifié et que le pharmacien anticipe en demandant l'ordonnance à l'établissement adresseur et en demandant à celui-ci de fournir le traitement pour 24 h en cas de médicament non disponible en intra, - la traçabilité du motif de non-administration du médicament n'a pas été toujours retrouvée dans son dossier patient informatisé. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions standard et complémentaires. L'établissement bénéficie des compétences de l'équipe opérationnelle d'hygiène sur le terrain. Les pratiques sont évaluées par les professionnels impliqués dans la prévention du risque infectieux. Les entretiens permettent de souligner une bonne connaissance des recommandations et protocoles en cours. La manipulatrice en radiologie maîtrise les risques liés à l'utilisation de rayonnements ionisants. Le matériel de protection (dosimètre, tablier...) est disponible. La dose administrée au patient est contrôlée et tracée dans le dossier. Le transport des patients entre l'unité d'hospitalisation et le plateau technique ou le service de radiologie est maîtrisé (techniques de manutention, maintien de l'autonomie ainsi que le confort du patient). L'expert a constaté que l'agent qui assure l'accompagnement du patient n'est pas équipé d'un dispositif pour appeler en cas d'urgence. Les équipes évaluent leurs pratiques : audits hygiène, suivi d'indicateurs IQSS, EPP, méthodes d'audit HAS... Leurs résultats sont diffusés par voie d'affichage de tableaux de bord. Des réunions de restitution des résultats IQSS sont organisées afin de définir les actions d'amélioration avec les équipes. Cependant, les experts ont noté que l'ensemble des équipes n'évalue pas leurs pratiques au regard du suivi des résultats cliniques et qu'il y a une hétérogénéité dans la gestion des résultats des IQSS selon les professionnels rencontrés. La gouvernance continue à mener des actions pour promouvoir la déclaration des événements indésirables. Les plus graves font l'objet d'une analyse en y associant les professionnels concernés. Cependant, la méthode Alarm n'était pas utilisée pour l'analyse de l'évènement présenté au cours de la visite. Un agent du service qualité est en cours de formation afin d'acquérir la méthodologie. Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux CREX. La satisfaction des patients est évaluée par le biais des questionnaires de sortie dont le taux de retour est amélioré en 2023. L'analyse de la satisfaction et des

réclamations permet de mettre en place des actions correctives. Le recueil de l'expérience patient est envisagé. Un questionnaire a été élaboré récemment mais le dispositif non abouti ne permet pas au moment de la visite d'améliorer les pratiques.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	98%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	82%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	90%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	83%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	71%

Le centre hospitalier de Pontetils, labellisé hôpital de proximité depuis 2016, a identifié ses partenaires en amont et en aval et participe à la coordination des parcours sur le territoire notamment avec le Centre hospitalier Alès – Cévennes dont la direction est commune. Il fait partie du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Cévennes-Gard-Camargue. Il a établi des conventions et des partenariats avec des établissements

médico-sociaux et des professionnels libéraux du territoire. Il participe à l'implantation de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé « entre Cèze et Gardon en Cévennes ». L'établissement contribue à prévenir les passages évitables aux urgences des personnes âgées grâce aux admissions directes en service de médecine. Elles sont, adressées par les médecins libéraux en provenance d'EHPAD ou du domicile. Les modalités de communication pour les usagers et médecins de ville sont aisées avec un accueil téléphonique à tout moment. Ces informations sont diffusées auprès des mairies. La messagerie sécurisée est utilisée par les professionnels. L'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) a été validée en Commission Médicale d'Etablissement (CME) du 20 mars 2023. Cependant, au moment de la visite le dossier médical partagé (DMP) n'est pas alimenté et le dossier pharmaceutique n'est pas utilisé. L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement à partir du questionnaire de sortie qui a fait l'objet d'une actualisation récente car il y avait peu de retour. Les résultats 2021 et 2022 ont été présentés en CDU en avril 2023 car la commission ne s'est pas réunie en 2022 (absence de représentant des usagers (RU) pendant cette période). Une enquête flash a été organisée en mobilisant les étudiants pour recueillir la satisfaction et améliorer le taux de retour en 2023. Il n'y a pas de recueil de satisfaction avec e-satis: compte tenu de son activité et conformément à la réglementation, l'établissement ne participe pas au recueil de la satisfaction par le biais de l'enquête e-satis. La démarche d'intégration de l'expertise patient n'est pas développée à ce jour. Un questionnaire a été élaboré en avril 2023 et doit servir de support pour ce recueil. La bientraitance fait partie des valeurs promues et intégrées dans la politique de l'établissement. Un guide de bonnes pratiques intitulé « La bientraitance au quotidien a été réalisé lors d'une formation action. L'établissement favorise l'accès aux soins des personnes vulnérables. Une fiche de détection de la fragilité sociale est remplie à l'entrée du patient pour évaluer le risque de fragilité sociale et adapter la prise en charge dans les meilleurs délais. L'accessibilité des locaux est assurée pour toutes les formes de handicap : les aménagements sont adaptés pour le handicap moteur et des aides adaptées sont apportées par les soignants pour les handicaps visuels et auditifs. L'établissement est organisé pour permettre au patient d'accéder à son dossier médical et suit le délai de traitement de la demande en lien avec la réglementation en vigueur. L'établissement n'est pas investi dans la recherche clinique. La gouvernance a été dans l'impossibilité d'impliquer les RU dans les instances et dans la vie de l'établissement par absence de candidat pendant plus d'un an. Un RU a été nommé en avril 2023 et a commencé à prendre ses fonctions en participant à une CDU en avril 2023 et à la rencontre avec un expert pendant la visite. La gouvernance fait preuve de leadership et la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins est intégrée au projet d'établissement en soutien du projet médico soignant. Cependant, il n'y avait pas de RU pour participer à l'élaboration de cette politique. La formation pour l'encadrement est intégrée au plan de formation : - études promotionnelles (CAFERUIS, Cadre de santé) - formation continue (management). On note que le Centre Hospitalier de Pontails œuvre pour obtenir une adéquation des ressources humaines pour la qualité et sécurité des soins avec des outils dont le tableau de suivi des effectifs théoriques. Les départs à la retraite couplés aux difficultés en recrutement infirmier, et aide-soignant, ont obligés l'établissement à fermer un service de SSR. Depuis 2019, il y a reconnaissance par l'ARS de la situation géographique isolée de l'établissement. Un dispositif de remplacement des soignants est opérationnel : soit en utilisant la plateforme Hublo, le pool ; soit en recrutant des contractuels ; soit en menant des actions pour fidéliser les professionnels (possibilité de logement par exemple) ... Il y a des actions ponctuelles pour adapter l'activité aux ressources : fiche réflexe sur le mode dégradé IDE, transfert de patient si impossibilité de prendre en charge la rééducation. Toutefois, au cours de la visite, les experts ont constaté : -que le poste de psychologue n'était pas pourvu (toutefois, le CH de Pontails précise qu'il peut faire appel, au psychologue de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs) - et que la kinésithérapeute n'avait pas pu être remplacée pendant une absence de trois semaines, ce qui engendre un manque pour certaines prises en charge. Ceci a été constaté lors des échanges avec les professionnels du terrain. L'équipe de rééducation se compose également d'un ETP d'ergothérapeute et d'une enseignante en activité physique adaptée (EAPA) qui intervient 2 jours par semaine. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. Des réunions sont organisées à fréquence régulière : staffs hebdomadaires dans les services pour analyser les situations complexes et temps de transmissions entre les équipes. Le

réfèrent éthique de l'établissement participe à la commission de réflexion éthique du CHAC et invite les professionnels à faire remonter leurs besoins en termes de soutien à la réflexion. La gouvernance veille à l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels. Des soignants bénéficient de formations diplômantes pour des PEC spécifiques : DU Soins palliatifs, DU plaies et cicatrisation par exemple. Les études promotionnelles sont encouragées. Une formation communication bienveillante entre collègues a été organisée en avril 2023. Une analyse des pratiques professionnelles mensuelle est en place. Cependant, il n'y a pas de programme d'accréditation en équipe. La démarche qualité de vie au travail (QVT) est structurée. La politique QVT est intégrée au projet social de 2022. Les résultats du « Baromètre social 2022 » sont pris en compte pour le plan de prévention. Le programme pour une journée QVT est en cours d'élaboration en valorisant les compétences internes (YOGA, toucher massage...). Les professionnels rencontrés soulignent qu'il n'existe pas de temps de discussion pour l'organisation du travail. Des mesures de gestion des conflits interpersonnelles sont en place. L'établissement a identifié ses risques et des actions sont intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour répondre aux situations sanitaires exceptionnelles, aux risques numériques, aux enjeux du développement durable, aux urgences vitales... Les risques internes et les situations de crises sanitaires sont intégrés au plan de Situations Sanitaires Exceptionnelles (SSE). Les responsables/ référents par domaine sont communs avec le CHAC. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins en : -incitant à la déclaration et l'analyse des événements indésirables -impliquant les professionnels dans l'élaboration des procédures de bonnes pratiques -suivant et diffusant les résultats des indicateurs dont les IQSS. Cependant, l'expérience patient et le retour des RU ne sont pas pris en compte dans le programme qualité au moment de la visite. D'autre part, l'analyse des événements indésirables ne s'appuie pas sur une méthode promue par la HAS. La responsable qualité est en cours de formation pour acquérir cette méthodologie.

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	300781010	CENTRE HOSPITALIER DE PONTEILS/LES CHATAIGNIERS	pelandry 1817 route de Villefort 30450 Pontails-Et-Bresis FRANCE
Établissement principal	300000478	CENTRE HOSPITALIER DE PONTEILS LES CHATAIGNIERS	Pelandry 1817 route de Villefort 30450 PONTEILS ET BRESIS 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	11
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	1
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	34
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

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

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Médecine	
2	Audit système	Leadership		
3	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
4	Audit système	Engagement patient		
5	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Maladie chronique Adulte Ambulatoire Médecine	
7	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Pas de situation particulière Maladie chronique	

			Patient âgé Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
8	Audit système	Dynamique d'amélioration		
9	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Hygiène des mains + précautions standards et complémentaires
10	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique per os
11	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Soins Médicaux et de Réadaptation	
12	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Du service SSR vers le plateau technique
13	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		Choisi par l'expert-visiteur
14	Audit système	Maitrise des risques		
15	Audit système	Représentants des usagers		
16	Audit système	Coordination territoriale		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Applicable - produit choisi par l'expert-visiteur
19	Audit système	QVT & Travail en équipe		
	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé	

20			Patient en situation de précarité Patient en situation de handicap Patient atteint d'un cancer Maladie chronique Adulte Hospitalisation complète Médecine	
----	--	--	---	--

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

