



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE MPR DE LA CÔTE D'AMOUR

44600 ST NAZAIRE



Validé par la HAS en Avril 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 – Avril 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 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 DE MPR DE LA CÔTE D'AMOUR	
Adresse	44600 ST NAZAIRE Cedex CS 1204 FRANCE
Département / Région	Loire-Atlantique / Pays de la Loire
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	440018661	ASSOCIATION OEUVRES DE PEN BRON	10 Rue Gaétan Rondeau - CS 86236 44262 NANTES FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

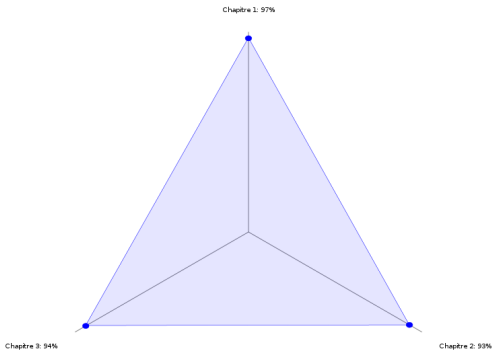
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
Enfant et adolescent
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

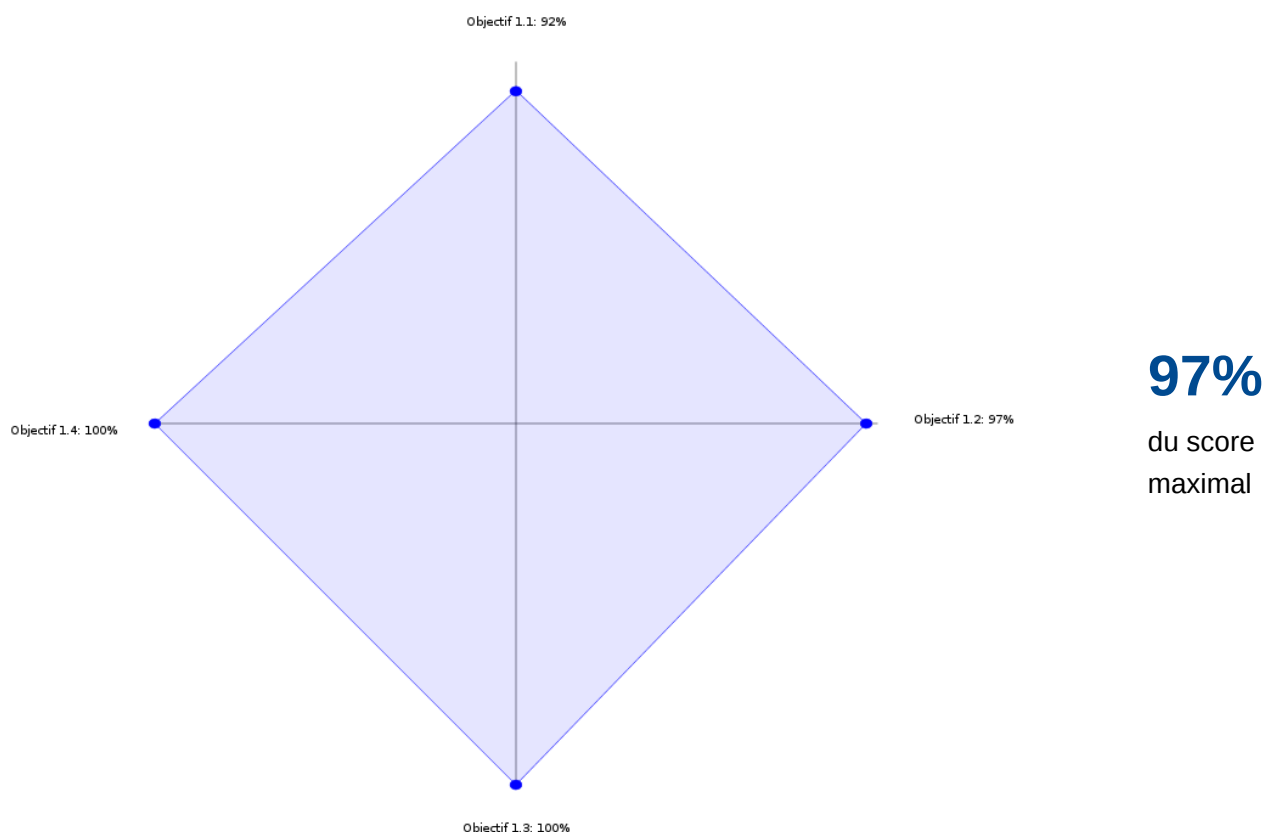
Au regard du profil de l'établissement, [100](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

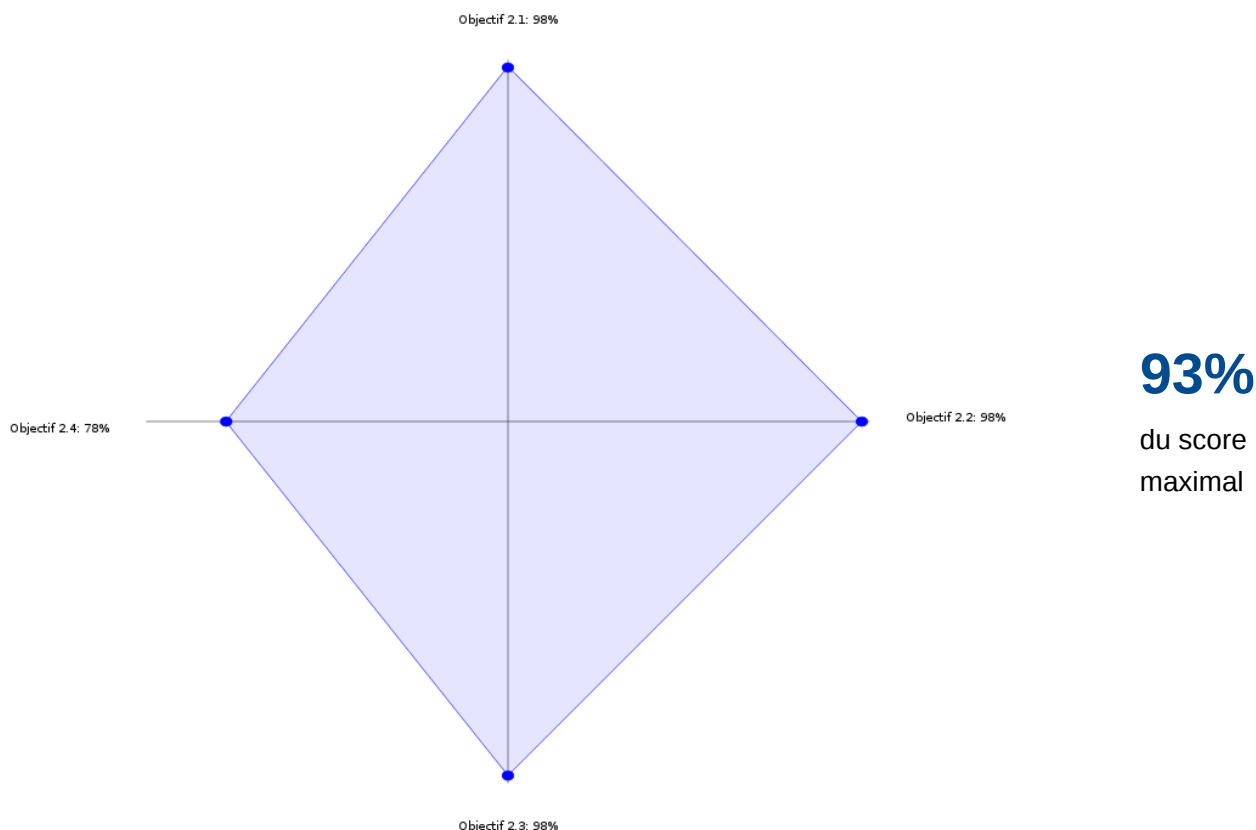


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	92%
1.2	Le patient est respecté.	97%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Le Centre de Médecine Physique et de Réadaptation Cote d'Amour (CMPR) est un établissement sanitaire spécialisé en MPR (Médecine Physique et de Réadaptation), privé d'intérêt collectif membre de l'Association des Œuvres de Pen Bron. Il prend en charge des patients adultes et des enfants, porteurs de troubles du système nerveux et de l'appareil locomoteur. Il comporte 80 lits et 55 places d'hospitalisation à temps partiel (HPT), en soins de suite et de réadaptation (SSR). Les enfants sont uniquement pris en charge en HTP. Le patient est informé sur sa prise en charge par les professionnels. Ceux-ci s'attachent à recueillir son consentement pour son engagement dans son projet de prise en charge et à l'occasion de chaque acte. Ils utilisent des moyens de communication adaptés, en particulier auprès des enfants. Les patients pris en charge en hospitalisation à temps partiel disposent d'un document spécifique qui leur explique la conduite à tenir en

cas de survenue d'un événement imprévu, lorsqu'ils sont en dehors de l'établissement. L'implication du patient dans son projet est recherchée par tous les professionnels et l'éducation thérapeutique est formalisée pour les patients amputés (programme validé par l'Agence régionale de santé). Des actions éducatives sont également en place pour d'autres pathologies, telles que le réentraînement à l'effort lombaire, la maladie de Parkinson et la sclérose en plaque. Ces actions aident le patient à devenir acteur de sa prise en charge. Les équipes enregistrent la personne de confiance dans le dossier du patient et recherchent la présence de directives anticipées, en expliquant l'intérêt de ces deux dispositifs. L'information sur la fin de vie est accessible et utilisée dans quelques situations en neurologie en particulier, y compris chez certains enfants. Les patients sont sollicités pour renseigner les questionnaires de satisfaction. Quelques questionnaires sont mis en place autour des repas avec la diététicienne avec la participation des représentants des usagers. Toutefois, la formalisation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patient n'est pas encore structurée. Par ailleurs, les patients n'ont pas connaissance des modalités pour formuler une réclamation ni pour déclarer un événement indésirable grave. Toutefois, les informations sont accessibles, affichées dans tous les secteurs d'hospitalisation et inscrites dans le livret d'accueil qui est remis à chaque patient avec un commentaire comme les experts ont pu le constater en visite. Dans tous les secteurs de l'établissement, les professionnels sont attentifs au respect des patients. L'intimité et la dignité sont respectées, l'architecture de l'établissement le facilite. Le respect est assuré grâce à l'attitude de l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux, soignants comme de rééducation. L'environnement est adapté aux mineurs dans le secteur d'HTP pédiatrique, qui est identifié et séparé du secteur des adultes. La confidentialité est respectée dans l'ensemble de l'établissement. Quelques patients bénéficient de contention pour raison médicale ou à leur demande. Les prescriptions, la surveillance, les réévaluations et l'arrêt sont tracées. Toutefois les prescriptions ne précisent pas toujours la justification de la contention. L'établissement avait connaissance de cette situation et avait modifié le paramétrage du dossier informatisé quelques semaines avant la visite des experts pour permettre une conformité aux recommandations de bonne pratique. La consultation de dossiers plus récents a permis de confirmer cette évolution. Au cours des soins en particulier d'aide à la vie quotidienne, et pendant les séances de rééducation et de réadaptation, les professionnels sont attentifs à préserver et à renforcer toute l'autonomie des patients. Les ergothérapeutes mettent à disposition des aides techniques adaptées à chaque patient, tels que des fauteuils roulants manuels ou électriques adaptés. Les patients bénéficient d'une évaluation et de soins visant à anticiper et à soulager rapidement la douleur. Les outils et échelles d'évaluation utilisés, connus de tous les professionnels rencontrés, sont adaptés aux patients, en particulier aux enfants et aux patients non communicants. Le traitement est tracé et évalué. Les conditions de vie habituelles et de lien social du patient sont prises en compte dès l'entrée et tout au long du séjour, pour fluidifier son parcours. Les assistantes sociales prennent en charge les patients, assurent des visites à domicile au besoin, avec les ergothérapeutes. De plus un secteur de réinsertion professionnelle est structuré et les professionnels interviennent très rapidement pendant le séjour. L'établissement est membre actif du réseau national Comète qui apporte son soutien dès que c'est nécessaire : un des médecins du CMPR est affecté en partie à ce réseau. Les proches et les aidants, avec l'accord du patient autant que possible, sont intégrés au projet de soins. La prise en compte du handicap est assurée tant pour les adultes que pour les enfants. Un référent handicap a été désigné. Les représentants des usagers sont impliqués dans l'établissement et participent aux instances. Un projet des usagers a été rédigé récemment. Ils sont intégrés à plusieurs comités (lutte contre la douleur, infections nosocomiales et alimentation – nutrition). Leurs coordonnées et les modalités de contact sont affichées à tous les étages et sont intégrées dans le livret d'accueil. Toutefois, les patients rencontrés et leurs proches ne les connaissent pas.

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	98%
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	98%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	98%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	78%

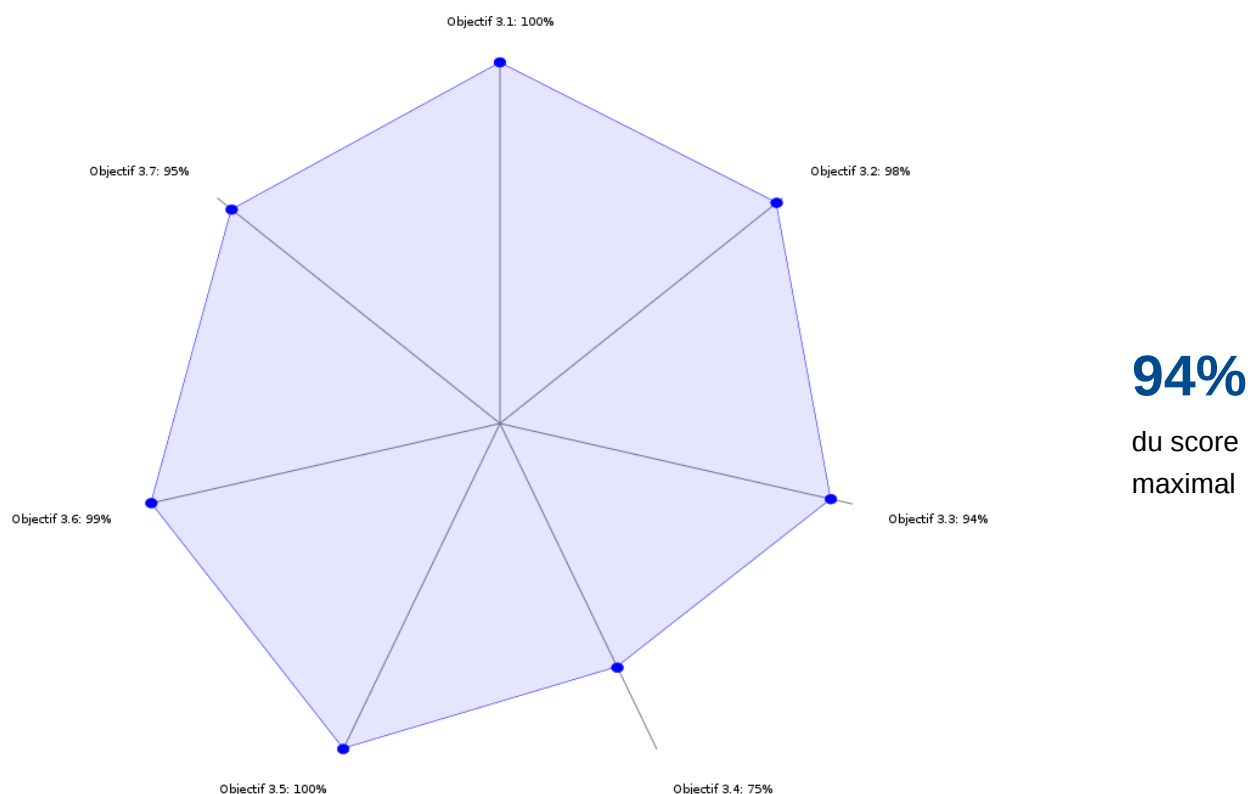
Les professionnels du CMPR Cote d'Amour travaillent en équipe. Une coordination pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire est organisée pour prévoir et suivre l'évolution des patients. Les transmissions entre professionnels sont quotidiennes. Des réunions intitulées « points pluriprofessionnels » sont formalisées dans toutes les unités à un rythme adapté aux pathologies, les conclusions sont tracées dans le dossier. L'équipe, animée par le médecin responsable, analyse la situation de chaque patient : état clinique, évolution, rééducation afin de définir et de suivre le projet de rééducation-réadaptation. Pour les patients dont la prise en charge est particulièrement complexe, des synthèses rassemblent les professionnels médicaux et paramédicaux, le patient et ses proches pour renforcer la coordination du projet. Les équipes de MPR pédiatriques se coordonnent avec les équipes de MPR d'adulte lors de la transition adolescent-adulte. Enfin, la

coordination est facilitée par le dossier patient. Celui-ci est unique, totalement informatisé, et maîtrisé par tous les professionnels qui le renseignent en temps réel. Une lettre de liaison, comportant toutes les informations utiles, est adressée aux médecins référents du patient (médecin traitant et médecins spécialistes).

L'établissement réalise une évaluation du délai d'envoi et la remise n'est pas réalisée le jour de la sortie pour tous les patients. De ce fait l'établissement met en œuvre depuis plusieurs mois des actions d'amélioration avec la CME (commission médicale d'établissement), le service qualité et les secrétariats. Des améliorations récentes des délais ont été observés par les experts sur un échantillon de dossiers de patients. La pertinence de l'admission en SSR est évaluée entre les membres de la commission de planification et le médecin. La pertinence de la poursuite du séjour est tracée dans le dossier du patient à l'occasion des points pluriprofessionnels. L'analyse du rapport bénéfice-risque est tracé dans les dossiers. Les dates de sortie sont évoquées et le suivi est assuré. Toutefois, l'établissement n'a pas encore structuré le suivi de ses résultats cliniques. Une démarche débute avec les neurologues dans le cadre du staff SLA (sclérose latérale amyotrophique) et est en cours de réflexion en pédiatrie. Une démarche palliative est assurée, suivie par le comité palliatif avec un recours possible au réseau d'accompagnement du patient en fin de vie. Les besoins sont rares du fait de la spécialisation de l'établissement. Les patients peuvent bénéficier d'un recours à des expertises en cas de besoin, par exemple : pour la prise en charge de la douleur, de l'hygiène ou de l'addictologie. L'accès à la télémedecine est en déploiement : des consultations médicales sont assurées au besoin, en particulier pour le suivi des plaies et la télé-rééducation débute. Le recours à l'hospitalisation à domicile est rarement utilisé, il est tracé dans le dossier. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. L'identitovigilance est structurée. Une procédure prévoit la mise en place d'un bracelet d'identification pour les patients non communicants et l'insertion d'une photographie du patient dans le dossier, avec son accord. Toutefois, les experts ont trouvé plusieurs dossiers sans photo. Pendant la visite, l'établissement a modifié sa procédure pour s'assurer que tous les dossiers comportent une photo. La mise en application des vigilances sanitaires est suivie. Les précautions adéquates pour éviter le risque infectieux sont connues et appliquées par tous les professionnels, aucun professionnel ne porte de bijou. Les procédures sont actualisées. Les professionnels maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs : principalement sondes urinaires, cathéters intraveineux ainsi que les chambres implantables dont certains patients sont porteurs à l'entrée. Au cours de la visite des experts, les précautions complémentaires n'avaient pas encore été évaluées. Par ailleurs, certains professionnels ne connaissent pas les membres de l'équipe opérationnelle d'hygiène ni leur consommation de solution hydro alcoolique. Le circuit du médicament est sécurisé, de la prescription médicale informatisée, à la dispensation, à l'approvisionnement, au stockage, et à l'administration avec une attention particulière pour les médicaments à risque par voie orale, injectables et thermosensibles. L'analyse pharmaceutique est réalisée. La conciliation médicamenteuse est totalement en place pour les populations définies par l'établissement, en cohérence avec les projets régionaux (Patients admis pour « AVC récent et proche de la sortie » et « Parcours ou médicaments à risques »). Afin de diffuser les informations ascendantes et descendantes auprès de tous les soignants, une équipe opérationnelle du médicament a été créée. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée avec échanges entre médecins et pharmaciens, elle est réévaluée entre la 48^e et la 72^e heure. Un médecin référent antibiothérapie est disponible sur le site de la cité sanitaire et joignable H24. Néanmoins, la formation de tous les praticiens à l'antibiothérapie n'est pas assurée de façon homogène. Les transports intra hospitaliers sont assurés par les professionnels des services (soignants et rééducateurs) selon un planning établi chaque semaine et remis au patient. La sécurité et le confort des patients sont respectés. La démarche d'évaluation des pratiques, basée sur la déclaration et l'analyse des événements indésirables (EI) est connue des professionnels. La procédure est actualisée. Toutefois, le choix de la formalisation du degré de gravité des EI inscrite dans cette procédure n'a pas encore permis aux professionnels de s'approprier cette gradation. L'analyse de tous les EI est réalisée de façon collective. A l'issue des analyses, les plans d'amélioration sont élaborés. Les usagers sont informés des EI en Commission des Usagers. On observe que le nombre de signalements est hétérogène selon les secteurs. Le suivi des indicateurs, obligatoires ou spécifiquement mis en place par le CMPR, est maîtrisé par l'ensemble des

professionnels. Les résultats sont intégrés et analysés et cela induit si besoin des actions d'amélioration inscrites dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). La satisfaction des usagers est suivie et analysée de façon régulière. Le taux de retour des questionnaires est suivi. Le suivi vaccinal des professionnels est assuré : l'établissement développe la promotion des vaccinations et travaille au lever des freins.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	100%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	98%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	94%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	75%
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	99%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	95%

Le CMPR Cote d'Amour structure son offre de soins en cohérence avec les projets du territoire, et s'intègre dans cette organisation. Il assure un rôle de recours de MPR complexe pour tous les patients du territoire Littoral44, tels que les patients amputés, les SLA, les Traumatismes crâniens sévères ou légers...L'établissement est intégré dans le maillage territorial avec de nombreux partenariats. Il implique

autant que possible les acteurs de la médecine de ville en recherchant les collaborations avec l'offre de proximité. Il participe avec l'hôpital de la cité sanitaire à la limitation des passages aux urgences des sujets âgés. La gouvernance intègre la qualité et la sécurité des soins dans son management. Elle a mis en place une organisation pour le suivi de la politique qualité. Le PAQSS est connu de tous les professionnels. Des actions de renforcement de la qualité sont réalisées régulièrement en plus des sessions de formation et d'information, tels qu'un escape-game sur les médicaments à risque ou un jeu de rôle sur la bientraitance. Par ailleurs, l'établissement est en cours d'évaluation de son niveau de culture qualité-sécurité des soins. Une enquête a été réalisée pendant les 3 derniers mois, elle est en cours d'analyse en vue de restituer les résultats aux professionnels dans les prochaines semaines. Suite à la visite de certification, l'établissement déclare avoir communiqué ces résultats aux professionnels via les bulletins d'informations mensuel à destination des salariés de l'établissements. L'engagement des patients individuellement et collectivement est favorisé. La mobilisation de l'expertise patient est engagée et mise en place pour les patients pris en charge en réentrainement à l'effort lombaire, les amputés et en cours d'organisation pour les groupes de patients porteurs de maladie de parkinson et de sclérose en plaque. L'établissement promeut la bientraitance, observée auprès de tous les professionnels qui bénéficient de formations. Les experts ont pu observer auprès de tous les professionnels rencontrés une écoute attentive. La lutte contre la maltraitance est formalisée. De plus, tous les professionnels sont sensibilisés à la maltraitance ordinaire et connaissent la procédure de signalement. L'accès aux soins pour les personnes vulnérables est assuré grâce à une organisation du service social qui lui permet de se coordonner avec les acteurs du territoire. L'établissement est aisément accessible aux personnes à mobilité réduite. L'accès pour les personnes porteuses de handicaps sensoriels est organisé, les ascenseurs sont sonorisés et l'affichage se fait en braille. Un professionnel utilise la langue des signes. La gouvernance incite au travail en équipe. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est assurée. Néanmoins, la gouvernance n'a pas mis en place d'outil spécifique pour favoriser le travail en équipe telle que l'accréditation en équipe. Les compétences individuelles sont développées en lien avec les pathologies prises en charge. Des formations sont programmées et suivies. L'adéquation des compétences et des ressources avec les missions est recherchée et suivie par l'encadrement. Les rôles respectifs des rééducateurs (kinésithérapeutes et ergothérapeutes) et des éducateurs sportifs et professeurs en activité physique adaptée (APA) sont définis. L'organisation des remplacements est structurée. La gouvernance met en place des actions pour améliorer la Qualité de Vie au Travail. La politique est formalisée et déployée. La prévention et la gestion des conflits au travail est organisée. L'établissement apporte des réponses aux risques auxquels il peut être confronté. La gestion des tensions hospitalières est organisée en lien avec les établissements du territoire. Des visioconférences, auxquelles direction et présidente de CME sont invités, sont organisées régulièrement avec les établissements du territoire. La démarche de développement durable est engagée par la gouvernance. Des actions sont en place, tel le tri des déchets y compris des masques chirurgicaux utilisés par les professionnels et les usagers tant patients que visiteurs. Le référent développement durable est désigné. Néanmoins, les risques environnementaux sont en grande partie maîtrisés. En effet lors des investigations du début de visite, les experts ont pu observer l'absence de sécurisation de plusieurs portes des locaux déchets, dont certaines restaient ouvertes. L'établissement a immédiatement mis en place des poignées à code sur les portes de tous les locaux déchets de l'établissement, ce qui a été observé par les experts dès le 2^e jour de la visite. Le risque numérique est connu et maîtrisé, ainsi que cela a pu être observé par les experts. La prise en charge des urgences vitales est organisée. Le numéro d'appel unique vers un médecin est connu de tous les professionnels rencontrés. Le pilotage du parc de matériel d'urgence et de ses dotations est assuré. La formation régulière et le suivi des formations sont structurés. Des exercices de mise en situation sont réalisés dans les différents secteurs, dont le plateau technique de rééducation. L'établissement assure une promotion de la recherche clinique. Les équipes sont impliquées dans des projets et présentent des communications à l'occasion de plusieurs congrès de la spécialité. Toutefois, il ne met pas en place d'analyse pour l'étude de la pertinence des parcours et des prises en charge. L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. L'ensemble des professionnels est impliqué sous l'impulsion conjointe de la

direction et des médecins de la CME soutenus par sa présidente. L'établissement n'a pas encore structuré la prise en compte de l'expérience patient, mais il analyse, exploite et diffuse les résultats des indicateurs et des analyses des EI.

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	440018661	ASSOCIATION OEUVRES DE PEN BRON	10 Rue Gaétan Rondeau - CS 86236 44262 NANTES FRANCE
Établissement principal	440053387	CENTRE MPR CÔTE D'AMOUR	44600 ST NAZAIRE Cedex CS 1204 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 SSR 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 SSR	
Soins de suite et réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SSR	98
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SSR	68
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	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Programmé	
2	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		/
3	Audit système	Entretien Professionnel		
4	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Enfant et adolescent Soins de suite et réadaptation Pas de situation particulière Programmé	
5	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient atteint d'un cancer Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
6	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
7	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/

8	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
9	Audit système	Maitrise des risques		
10	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
11	Audit système	Entretien Professionnel		
12	Audit système	Entretien Professionnel		
13	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		/
15	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		/
16	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
17	Audit système	QVT & Travail en équipe		
18	Audit système	Leadership		
19	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation	

			Hospitalisation complète Programmé	
20	Patient traceur		Tout l'établissement Patient âgé Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
21	Audit système	Représentants des usagers		
22	Audit système	Dynamique d'amélioration		
23	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		/
24	Audit système	Engagement patient		
25	Audit système	Coordination territoriale		
26	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NA
27	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	

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

