



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE EUROPEEN DE
REEDUCATION DU
SPORTIF**

83 av. du mal de lattre de tassigny

CS 20129

40130 Capbreton



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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

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 avec mention.

Présentation

CENTRE EUROPEEN DE REEDUCATION DU SPORTIF	
Adresse	83 av. du mal de lattare de tassigny CS 20129 40130 Capbreton FRANCE
Département / Région	Landes / Nouvelle-Aquitaine
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

Établissement(s) juridique(s) rattaché(s) à cette démarche (la liste des établissements géographiques se trouve en annexe 1)

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	400790994	SAS CENTRE EUROPEEN DE REEDUCATION DU SPORTIF	83 av. du mal de lattare de capbreton CS 20129 40130 Capbreton FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2023

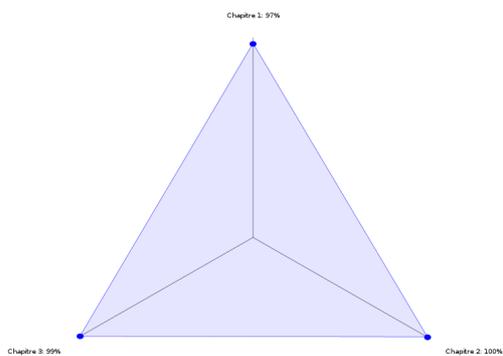
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

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

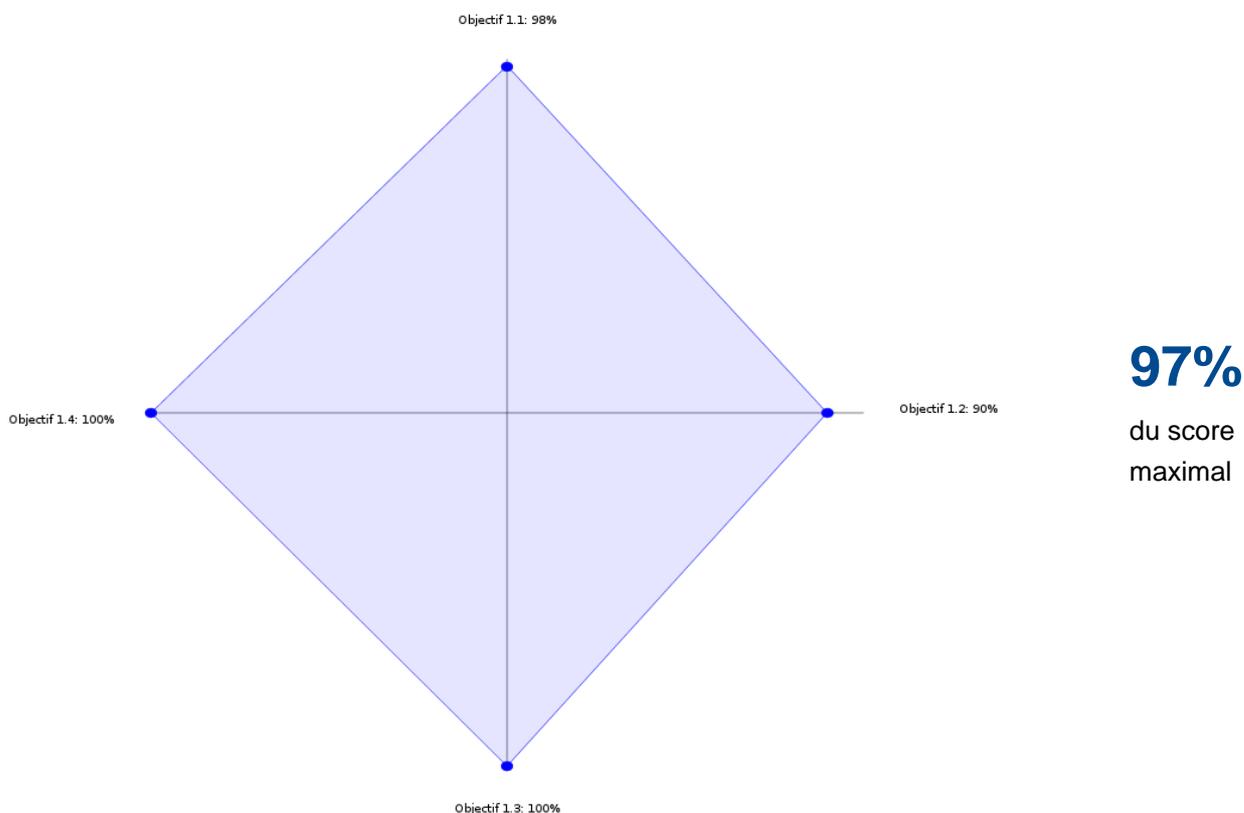
Au regard du profil de l'établissement, 98 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

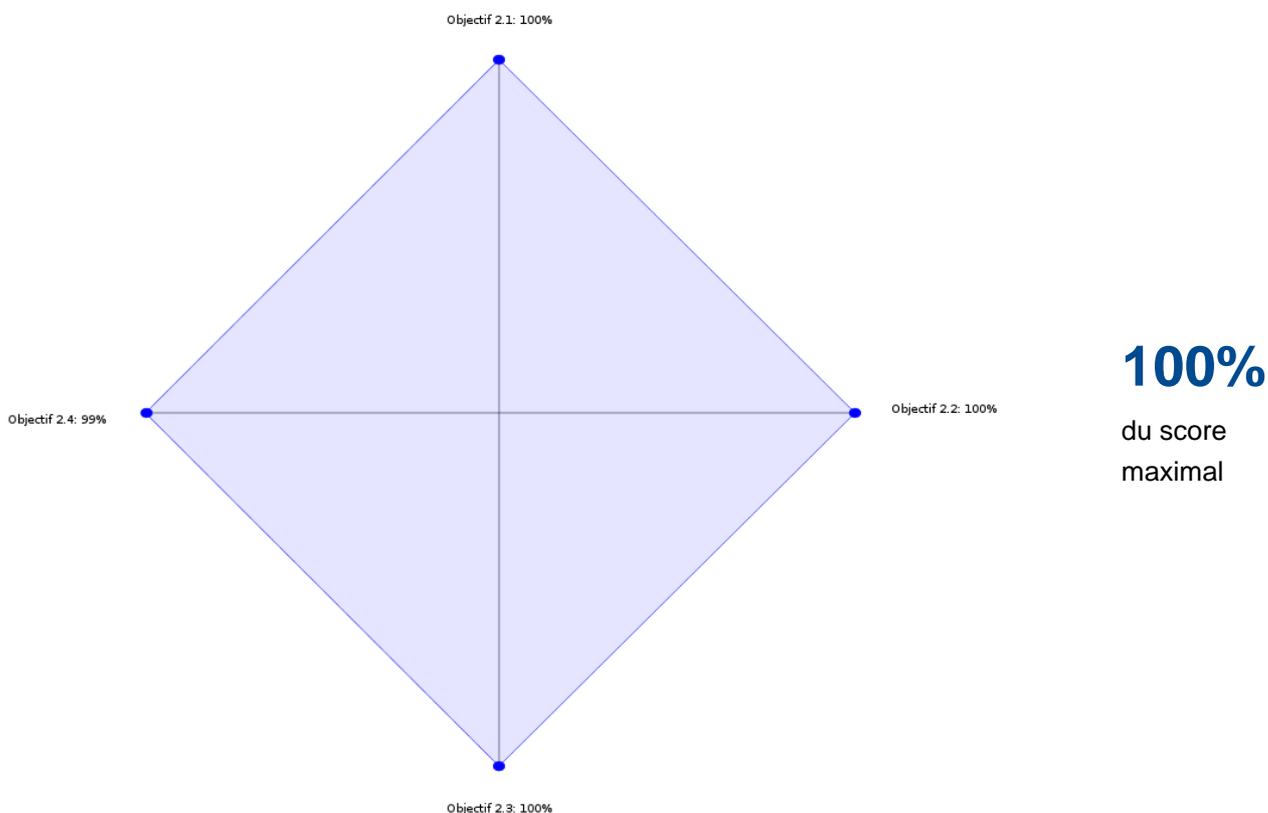


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	90%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'information du patient et de son entourage est assurée en amont de l'hospitalisation par un processus spécifique d'admission adapté aux spécificités des patients accueillis dans l'établissement. Cette information est aussi réalisée par les professionnels de l'établissement tout au long de son séjour. Les informations sont aussi délivrées par l'intermédiaire du site internet et du livret d'accueil qui sont diffusés auprès des patients. Les différents affichages relatifs aux droits des patients sont en place (RU, CDU, Chartes...). L'affichage des coordonnées des représentants des usagers est effectif dans tous les services. Cependant, les patients rencontrés ont une connaissance hétérogène de l'existence et du rôle des RU. Le patient est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance. Le consentement, l'engagement et l'expression du point de vue du patient sont recherchés pour l'ensemble des types de prises en charge. L'implication du patient dans sa prise en charge est particulièrement recherchée par l'intermédiaire du projet personnalisé de soins. L'implication

des proches est recherchée par les équipes. Un règlement intérieur est formalisé et le consentement de chaque patient est requis. L'engagement, l'information et le respect des droits du patient sont des orientations identifiées dans le projet d'établissement. Les professionnels sont attentifs au respect de la dignité, l'intimité et la confidentialité relatifs au patient, ce qui est constamment retrouvé dans leurs pratiques. Cependant, il existe au niveau de la balnéothérapie et du plateau de rééducation « Rio », de grandes baies vitrées qui ne bénéficient pas toutes de films occultants ou anti-regards (quelques baies sont partiellement occultées sur le plateau technique). Ces zones sont directement visibles d'une promenade publique sur le front de mer située à une dizaine de mètres. L'ES n'a pas développé d'actions en regard de cette problématique. Tous les patients bénéficient d'un projet de soins formalisé, construit de façon pluridisciplinaire. Les projets personnalisés prennent en compte les dimensions physiques et psychiques de la pathologie, les attentes et les besoins des patients, ainsi que le contexte familial, sportif, professionnel et social. L'évaluation et l'adaptation de la prise en charge des patients et de leurs projets de soins est effective, en particulier via les différentes réunions quotidiennes et hebdomadaires (réunions pluridisciplinaires, transmissions, visites). L'évaluation de la douleur physique et de l'anxiété est réalisée régulièrement par l'intermédiaire d'échelles connues des différents professionnels. La traçabilité de cette évaluation est retrouvée dans les dossiers et le traitement est adapté selon l'évaluation. L'établissement est adapté à la prise en charge des handicaps. Les professionnels ont bénéficié de formations à la bientraitance. Une charte de bientraitance est diffusée. La sortie des patients est organisée avec leurs familles et proches ainsi que les professionnels de santé concernés. Une check-list de sortie est en place. La coordination de la sortie est favorisée par les partenariats d'aval existants (professionnels, clubs sportifs, fédérations sportives. Si besoin, l'établissement organise le suivi au niveau social à l'extérieur. Il existe une coordination avec les différents partenaires lorsque cela est nécessaire. Les patients bénéficient d'une lettre de sortie et d'un Compte-Rendu d'Hospitalisation ainsi que des différents éléments nécessaires à la continuité de la prise en charge. L'établissement accueille, de façon exceptionnelle des mineurs, âgés de plus de 15 ans et 3 mois. Ils sont pris en charge principalement en HDJ. En cas d'hospitalisation à temps complet (HC), les mineurs bénéficient d'attentions particulières de la part des professionnels (chambre particulière, chambre proche des postes de soins, surveillance). L'environnement est adapté aux mineurs accueillis. Cependant, l'établissement n'a pas développer d'actions de formation des professionnels relatives aux spécificités des mineurs.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



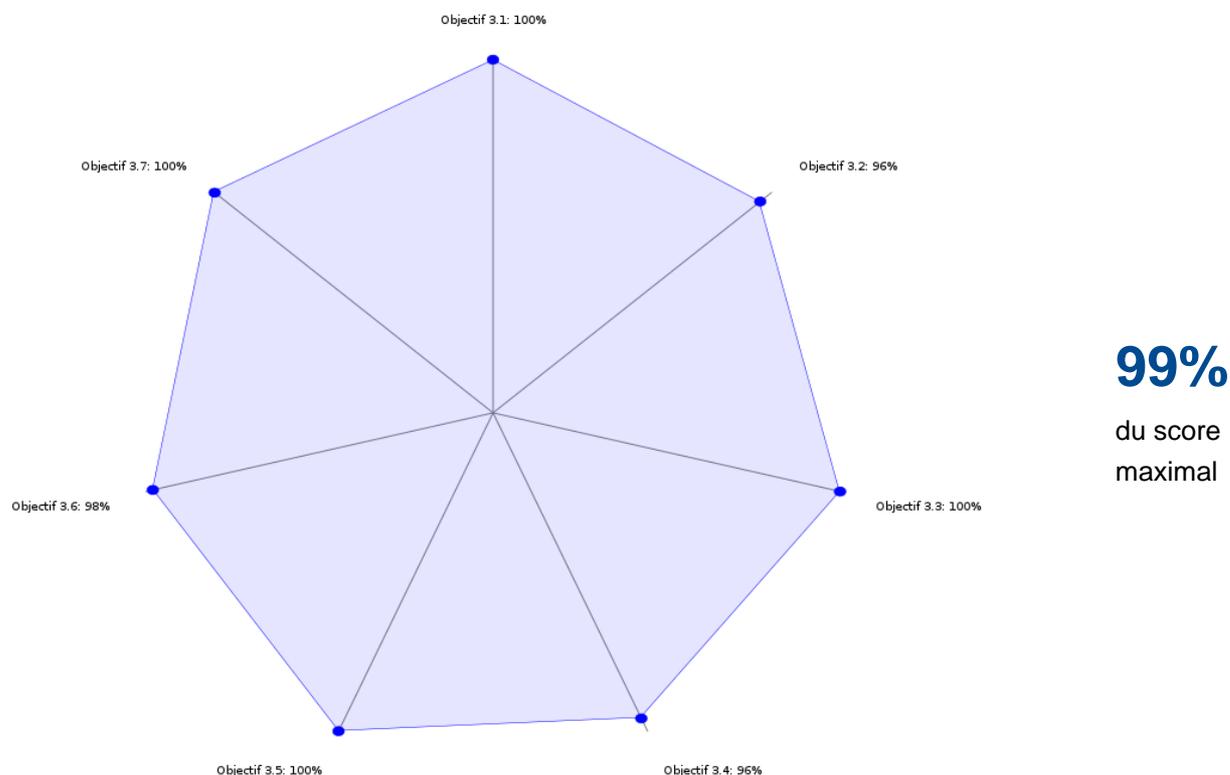
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	100%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	99%

L'ensemble des patients accueillis dans l'établissement bénéficie de prises en charge coordonnées et organisées en fonction de leurs pathologies et leurs besoins. Les différents parcours (HDJ, HC) sont organisés depuis la demande d'admission jusqu'à la sortie. Une commission d'admission est en place. Des plannings hebdomadaires sont en place pour les activités de rééducation, de soins. Toutes les entrées sont programmées. L'accueil du patient est défini, le projet du patient est personnalisé et formalisé. Il comprend un bilan d'entrée paramédical et médical, réévalué régulièrement lors du séjour. Les équipes sont attentives aux attentes et besoins des patients. L'évaluation de la douleur et de l'anxiété, le cas échéant, sont effectives et retrouvées dans les dossiers des patients. Le parcours du patient est organisé. Chaque patient est pris en charge sur un plateau de rééducation dédié à son profil et ses professionnels référents (Médecins, kinésithérapeutes, APA) sont connus. Chaque plateau de rééducation dispose de locaux, d'équipements spécifiques et aussi de matériels innovants

adaptés à la prise en charge des patients. Il existe des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires dans les différents plateaux de rééducation, associant les différents professionnels (kinésithérapeutes, APA, ergothérapeutes, diététiciennes, psychologues, IDE). Les décisions collégiales sont argumentées et tracées dans le dossier. La recherche de la pertinence de l'hospitalisation est organisée, réalisée et tracée en synthèses pluridisciplinaires. La continuité des prises en charge est assurée via les tableaux de service (avec présence paramédicale 7/7j pour les IDE, 6/7j pour les kinésithérapeutes), les liste d'astreintes médicales et la tenue du dossier patient. Les protocoles médicaux, de rééducation et de soins sont formalisés et actualisés en référence aux recommandations de bonnes pratiques. L'ensemble des protocoles sont diffusés par l'intermédiaire d'un logiciel GED. L'identification du patient est assurée tout au long de sa prise en charge par l'intermédiaire d'une carte spécifique qui indique son identité et lui sert de clé pour sa chambre et pour l'accès aux différentes zones de l'établissement. Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les bonnes pratiques d'identitovigilance. Les locaux de la PUI sont sécurisés. Le circuit du médicament est organisé en HC et en HDJ, et connu des professionnels. Il a été constaté le respect des bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments. La dispensation est nominative journalière. Le rangement des médicaments est organisé. Un stockage pour besoins urgents des armoires est en place, utilisant une armoire sécurisée dans un poste de soins. La liste des médicaments à risque est affichée dans tous les postes de soins et disponible aussi sur la GED. Cette liste est connue des professionnels. L'ensemble des professionnels a bénéficié de formations spécifiques relatives aux médicaments à risque. La gestion des traitements personnels est organisée. L'analyse pharmaceutique est réalisée. La conciliation médicamenteuse est en place, notamment pour les personnes les plus à risque. A noter, l'existence d'un formulaire de conciliation incluant celle de l'entrée et de la sortie. Un indicateur de suivi des conciliations médicamenteuses est en place. La prescription des antibiotiques est justifiée. L'évaluation et réévaluation de l'antibiothérapie sont réalisées. Le président du CLIN a suivi une formation sur l'antibiothérapie et a fait en retour une formation/information à ses confrères du contenu de cette dernière. La tenue du dossier du patient est effective dans l'ensemble des services. Le dossier du patient est totalement informatisé. Tous les documents papiers sont scannés et intégrés dans le DPI (résultats d'examens antérieurs, courriers médicaux ...). Les outils de traçabilité des parcours sont informatisés et permettent à chaque acteur de soin d'écrire leurs observations, informations et éléments cliniques. L'ensemble des professionnels (IDE, Médecins, Kinésithérapeutes, APA, Ergothérapeutes, Diététiciennes, Psychologues) alimentent le dossier régulièrement et en temps utile. La sortie est organisée, en lien avec les structures, les professionnels concernés et le cas échéant les correspondants de clubs sportifs, en prenant en compte les résultats et les choix faits avec le patient. Des informations spécifiques en regard de la situation personnelle du patient sont disponibles et prises en compte notamment au niveau social. La maîtrise du risque infectieux est réalisée par l'intermédiaire du CLIN et de l'EOH. Une IDE référente en hygiène est identifiée Les professionnels connaissent les règles d'hygiène. Les précautions standards et complémentaires d'hygiène sont appliquées par les professionnels. Des protocoles d'hygiène sont formalisés et révisés régulièrement. Les équipes sont formées aux pratiques de précautions standards et complémentaires en hygiène. De nombreux audits (hygiène des mains, mesures barrières, bionettoyage...) sont réalisés avec la participation des personnels soignants. La promotion de la vaccination antigrippale est réalisée. Les professionnels connaissent leurs statuts vaccinaux. Le suivi est assuré par la médecine de santé au travail. Les EIAS sont déclarés soit par le président de CLIN, l'IDE référente en hygiène ou le gestionnaire des risques. La gestion des déchets est conforme, avec plusieurs filières de déchets collectées DASRI, DAOM..... Des formations liées à la thématique d'hygiène sont réalisées en interne (précautions standard et complémentaires d'hygiène, hygiène des mains, antibiotiques, pour les nouveaux arrivants, professionnels en poste). Les prélèvements de la balnéothérapie et légionnelle sont réalisés par un prestataire externe et les résultats sont analysés et suivis. Le score et la consommation des SHA sont suivis et indiqués aux services. Des actions d'amélioration et de communication sont réalisées : journée hygiène des mains. L'ES suit un certain nombre d'indicateurs : Consommation des SHA, AES, EIAS.. Une organisation est en place pour répondre à l'urgence vitale jour et nuit. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas d'urgence et les localisations des différents matériels d'urgence. Ces matériels bénéficient d'un contrôle régulier formalisé. Cette organisation dispose d'un numéro unique dédié. Un affichage est présent dans chaque poste de soins, plateaux techniques et

balnéothérapie. Chaque professionnel dispose d'un DECT, avec une touche unique spécifique déclenchant l'appel du numéro d'urgence. Les différentes vigilances sont structurées. Les professionnels connaissent les référents des vigilances sanitaires et de l'identitovigilance. Un affichage spécifique identifiant les personnes ressources en interne et en externe est en place sur les différentes zones de prise en charge des patients (plateaux techniques, balnéothérapie, postes de soins). Il existe une veille réglementaire réalisée par le groupe. La direction de l'ES, le Pdt de CME et la responsable qualité assurent aussi une veille réglementaire au niveau de l'établissement. Les équipes déclarent les EI. La gestion des EI est réalisée par l'intermédiaire d'une FEI sur support informatique via un logiciel dédié. Les EI sont suivis et analysés. L'établissement n'a pas déclaré d'EIG. Quand un événement est identifié avec une criticité ou un risque important, une analyse des causes est réalisée selon la méthode ACRES. Les équipes ont réalisées Les équipes ont réalisées 12 CREX en 2022 dont 3 sur le circuit du médicament. Le retour aux déclarants est effectif par l'encadrement, la RAQ et par le logiciel dédié ou l'intranet. Les professionnels connaissent la politique qualité de l'ES, le PAQSS et les actions d'amélioration en cours. Des actions correctrices sont menées en regard des indicateurs recueillis. Le recueil et la mise en œuvre de l'expertise patient dans les prises en charge sont en cours de développement. L'établissement a identifié un patient expert qui a commencé à intervenir dans l'établissement. Ils sont aussi retrouvés au travers du programme d'ETP et aussi par l'intermédiaire des questionnaires de satisfaction dont Prems et Proms. Les questionnaires de satisfaction sont traités de façon hebdomadaire Le recueil d'E-satis est organisé, avec un bon taux de retour. Les résultats collectés montrent un taux de satisfaction de 76%. Les équipes évaluent leurs pratiques avec de nombreux audits, des enquêtes de satisfaction. De nombreuses EPP sont développées : PEC des épaules en réathlétisation, PEC des ligamentoplastie de cheville, Suivi des cicatrices, Chemin clinique du LCA, Facteurs psychologiques de non reprise du sportif..... Une fois par an, une RMM est organisée sur une pathologie redondante identifiée (ex : phlébites). Les équipes participent à des activités de recherches cliniques, qui s'accompagnent de publications et de communications dans des congrès nationaux et internationaux. Le Pdt de la CME est le responsable identifié des activités de recherche dans l'établissement.

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	96%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	100%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	96%
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	98%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

Le CERS (Centre Européen de Rééducation des Sportifs) accueille des patients jeunes et sportifs, présentant des affections de l'appareil locomoteur. C'est un établissement SSR/SMR qui propose une hospitalisation complète et un hôpital de jour. Il fait partie d'un groupe national. Les patients sont accueillis dans le cadre d'une rééducation post-opératoire ou en phase de réathlétisation. Les critères d'admission pour pouvoir bénéficier d'une prise en charge en hospitalisation sont identifiés : être sportif licencié ayant participé à une compétition de niveau

régional, être sélectionné en Equipe de France, être professionnel du sport , être inscrit en Sport étude/ CREPS .. , être un professionnel lié à la sécurité (militaires, policiers, pompiers..) ou danseurs. Les différents champs d'expertise de l'établissement sont clairement identifiés par les adresseurs et partenaires. Une coordination territoriale dynamique est développée, impulsée par le directeur et le président de CME. Le positionnement de l'établissement sur l'ensemble de l'offre de soins est identifié, au niveau régional, national et international par l'ensemble des acteurs sur la prise en charge des sportifs notamment de haut niveau. Des nombreuses conventions sont formalisées avec des établissements de santé : CH. de Dax, CH. de Bayonne, CH. de Biarritz, Cliniques de la région Aquitaine/ Centre – Val de Loire, Ile de France L'établissement a aussi développé des conventions et partenariats avec des fédérations sportives (dont la fédération Handisport), des clubs sportifs et des syndicats de joueurs. L'actualisation du ROR est effective. L'établissement a défini ses orientations stratégiques en cohérence avec les territoires et secteurs de santé concernés par ses spécificités. Il assure le suivi de la réalisation des actions issues de ces orientations. Le management par la qualité est développé dans l'établissement. La démarche qualité a été mise en place sur la base d'une volonté forte du management et du groupe. La démarche Qualité est structurée et portée par la gouvernance. Cette volonté est retrouvée dans les différents volets du projet d'établissement et la politique qualité et gestion des risques. La politique qualité est décidée et validée par le CODIR et la CME. Le COPIL qualité/COVIR assure la coordination et le suivi des plans d'action, de façon trimestrielle. La déclinaison opérationnelle sur le terrain est réalisée par la Cellule Gestion des Risques, les pilotes de processus et les présidents et les membres des instances. La connaissance et l'appropriation de la démarche par les professionnels est effective. Ils sont associées aux plans d'actions, aux analyses. Le PAQSS est connu par les professionnels. La diffusion aux équipes des informations, des comptes rendus des instances est réalisée via l'intranet et le logiciel dédié à la GEDLa politique qualité est présentée à la CDU. Une cartographie des risques par processus est en place. Des revues de processus et de direction sont organisées annuellement. L'établissement bénéficie du support logistique et méthodologique du groupe La gestion des EI est organisée. Le CODIR se réunit de façon hebdomadaire pour assurer le suivi des FEI et des réclamations. La Cellule opérationnelle de Gestion des Risques assure aussi le suivi des déclarations d'EI toutes les 2/3 semaines. L'implication des professionnels dans la déclaration des EI est effective et favorisée par l'existence d'une charte d'incitation au signalement et par les retours systématiques aux déclarants. Le programme Qualité et Gestion des Risques qualité a été établie, en cohérence avec le projet d'établissement, à partir d'un état des lieux, des résultats d'analyses de risques a priori et a posteriori, des résultats des baromètres de satisfaction des patients, des résultats de la dernière certification, des orientations stratégiques, du CPOM, CAQES, de la réglementation ...Le PAQSS couvre l'ensemble des activités et des services de l'établissement. Il est régulièrement actualisé par les pilotes des actions d'amélioration. Un suivi de différents indicateurs est réalisé : ICSHA, vaccinations, questionnaires de satisfaction, E-satis, tenue du dossier patient, DASRI, EI.... La Gouvernance organise la diffusion des différentes recommandations vers l'ensemble des professionnels. L'établissement favorise l'engagement et l'implication des patients et des proches par l'intermédiaires des projets de soins, les questionnaires de satisfaction, dont e-Satis. L'établissement soutient et encourage l'engagement des représentants des usagers. Une permanence animée par les RU est en place tous les 2 semaines. Les patients sont prévenus de la tenue de ces permanences. L'information sur la présence des RU et la CDU est réalisée par l'intermédiaire d'affichages, du livret d'accueil et du site internet. Les représentants des usagers participent activement à la CDU, au CLIN, au CLUD et au COVIR. Ils sont force de proposition (création et distribution de quizz sur la sécurité, la maltraitance ...) et disposent de toute liberté pour rencontrer les patients, les professionnels. L'avis des RU est pris en compte par l'établissement. Cependant le recueil de l'avis des RU dans les projets d'aménagement des locaux et de la vie quotidienne n'est pas totalement effectif. Les enjeux liés à la bientraitance sont identifiés dans le projet d'établissement. L'établissement veille à la bientraitance par la diffusion aux professionnels d'une charte. Des formations en lien avec la thématique ont été réalisées. L'établissement est organisé pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles : plan blanc, cellule de crise, stock suffisant de DM et de produits de santé. Le plan blanc est actualisé. Un test de mobilisation de la cellule de crise a été organisé. Des exercices et entraînements sont pratiqués une fois par an. Un référent SSE est nommé. La gestion des urgences et des chariots d'urgence est organisée. Un numéro unique dédié aux urgences vitales est en place.

Une étude du dispositif permettant d'évaluer son efficacité a été réalisée. Les professionnels sont formés régulièrement et connaissent les procédures de prise en charge d'une urgence vitale ainsi que la localisation du matériel. Cependant, l'organisation en place, ne permet pas d'assurer la mise en commun des éléments attendus dans un sac/chariot d'urgence dans un délai optimal au niveau de la balnéothérapie. En effet, il existe au 2ème étage, proche du poste de soins un sac/chariot d'urgence qui contient une trousse avec les médicaments d'urgence, un défibrillateur, oxygène et un aspirateur. Au niveau de la balnéothérapie, située au RDC de l'ES, il existe un 2ème sac d'urgence, qui ne contient qu'un insufflateur, une bouteille d'oxygène et un défibrillateur, mais pas de trousse de médicaments ni d'aspirateur. En cas de besoin, au niveau de la balnéothérapie c'est ce matériel qui est utilisé et il faut aller chercher l'aspirateur et la trousse avec les médicaments au 2ème étage. Le système d'information est sécurisé et une solution dégradée est organisée. Une messagerie sécurisée et l'alimentation de l'espace santé personnel sont en place. Le leadership impulse et soutient le travail en équipe au travers d'actions et de dispositifs partagés avec les équipes. Un système de management intégré est en place dans l'établissement avec des objectifs définis et partagés, pour l'ensemble des politiques (parcours du patient, qualité et sécurité des soins, RH/QVT, système d'information..... La gouvernance favorise l'implication des professionnels dans les groupes de travail et les instances, chargés de mener les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Tout professionnel peut assister aux réunions de l'instance de son choix, même s'il n'en est pas membre. Les cadres participent à des formations relatives au management, une fois par an. Des managers ont bénéficié d'une formation au management intégré. Une réunion des managers est organisée de façon bimestrielle. Il existe au niveau du groupe des réunions de directeurs, des présidents de CME. Les organisations en place, favorisent le travail en équipe. La prise en charge en rééducation des patients est organisée par cellule/plateaux techniques, au nombre de 4 . Chaque cellule dispose d'un médecin responsable et des professionnels paramédicaux dédiés. Des réunions pluriprofessionnelles sont en place dans chaque cellule et une réunion des équipes des différents plateaux techniques est organisée de façon hebdomadaire, incluant les IDE et la pharmacienne. Les ressources humaines sont gérées de façon à permettre la qualité des prises en charge et à assurer la sécurité des soins. L'adaptation des effectifs à la charge de travail est recherchée. Des moyens sont mis en place pour maintenir les effectifs en cas d'absentéisme. Le nouvel arrivant bénéficie d'un parcours d'intégration et d'un tutorat. Les remplaçants bénéficient d'un livret informatif spécifique. Des temps collectifs sont organisés entre l'encadrement et les équipes de nuit. Une réunion de l'ensemble du personnel est organisée annuellement. Le recours à la psychologue de l'ES est possible et à une psychologue extérieure via le groupe, le cas échéant. L'organisation au travail, incluant la qualité de vie (QVT) et le travail en équipe est un des objectifs du volet social du projet d'établissement. Une politique QVT est développée au niveau de l'établissement. Les principales actions réalisées sont : modification des horaires de travail en lien avec les demandes des salariés, jour libéré pour la rentrée scolaire, possibilité d'utilisation de la balnéothérapie en dehors des horaires de soins par les professionnels et leurs familles, télétravail, audit QVT Une politique de formation est formalisée. L'établissement dispose d'un programme de maintien des compétences qui est proposé aux équipes (plan de formation, évaluation annuelle des agents). La gouvernance, a mis en place une démarche de développement durable. Un référent est désigné. Les risques environnementaux sont recensés. Les consommations d'énergie (électricité et gaz) et d'eau sont suivies, de même que les déchets DASRI. Des bornes de recharge pour des véhicules électriques ont été installées sur le parking des personnels. La protection des biens et des personnes est organisée (alarme anti-intrusion, veilleur de nuit, badges d'accès). Un plan de sécurisation est en place et suivi. Le DUERP est réalisé et évalué et disponible pour consultation par les salariés. L'évaluation de la culture qualité/sécurité des soins est réalisée par l'intermédiaire d'une enquête annuelle. Une démarche structurée mobilisant l'expertise des patients est en place via le programme d'ETP « ma blessure, le sport et moi ». L'identification récente d'un patient expert renforce le déploiement de cette démarche. L'établissement a développé de nombreuses actions relatives à la recherche clinique. Les résultats de ces recherches cliniques donnent lieu des publications d'articles et à la participation de congrès. L'établissement participe à des appels à projets nationaux (ligamentoplastie de cheville).

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	400790994	SAS CENTRE EUROPEEN DE REEDUCATION DU SPORTIF	83 av. du mal de lattare de capbreton CS 20129 40130 Capbreton FRANCE
Établissement principal	400791018	CENTRE EUROPEEN DE REEDUCATION DU SPORTIF	83 av. du mal de lattare de tassigny CS 20129 40130 Capbreton 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	141
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	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
2	Patient traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Ambulatoire</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Programmé</p>	
3	Parcours traceur		<p>Tout l'établissement</p> <p>Enfant et adolescent</p> <p>Patient atteint d'un cancer</p> <p>Patient en situation de handicap</p> <p>Patient en situation de précarité</p> <p>Maladie chronique</p> <p>Soins de suite et réadaptation</p> <p>Adulte</p> <p>Pas de situation particulière</p> <p>Hospitalisation complète</p> <p>Programmé</p>	
4	Audit système	Entretien Professionnel		

5	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Balnéo
6	Audit système	Représentants des usagers		
7	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
8	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	
9	Patient traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Programmé	
10	Patient traceur		Tout l'établissement Enfant et adolescent Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Hospitalisation complète Programmé	
11	Parcours traceur		Tout l'établissement Ambulatoire Patient en situation de handicap Maladie chronique Soins de suite et réadaptation Adulte	

			Pas de situation particulière Programmé	
12	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable et/ou per os de la prescription à l'administration - HC
13	Audit système	Entretien Professionnel		
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Antibiotique injectable et/ou per os de la prescription à l'administration
15	Traceur ciblé	Gestion des événements indésirables graves		EI selon liste fournie à J1
16	Audit système	Maitrise des risques		
17	Audit système	Dynamique d'amélioration		
18	Audit système	Entretien Professionnel		
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif - HDJ
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standards et complémentaires avec ou sans dispositif invasif - HC
21	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Non applicable
22	Audit système	QVT & Travail en équipe		
23	Audit système	Leadership		
24	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Médicament à risque injectable et/ou per os de la prescription à l'administration- HDJ
25	Audit système	Entretien Professionnel		
26	Audit système	Coordination territoriale		
	Audit	Engagement patient		

27	système			
28	Traceur ciblé	Transport intra-hospitalier des patients		Non applicable
29	Patient traceur			
30	Patient traceur		Tout l'établissement Patient en situation de handicap Soins de suite et réadaptation Adulte Hospitalisation complète Programmé	

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

