



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

CENTRE DE REEDUCATION PAUL CEZANNE

929, route de gardanne
13105 Mimet



Validé par la HAS en Avril 2025

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 2025

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	22
Annexe 3. Programme de visite	26

Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

| ... et sur des méthodes

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.

Présentation

CENTRE DE REEDUCATION PAUL CEZANNE	
Adresse	929, route de gardanne 13105 Mimet FRANCE
Département / Région	Bouches-du-Rhône / Provence-Alpes-Côte d'Azur
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	130002660	CENTRE DE REEDUCATION PAUL CEZANNE	929, route de gardanne 13105 Mimet FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2025

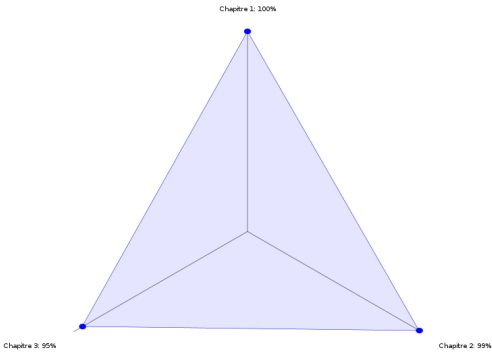
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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 Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

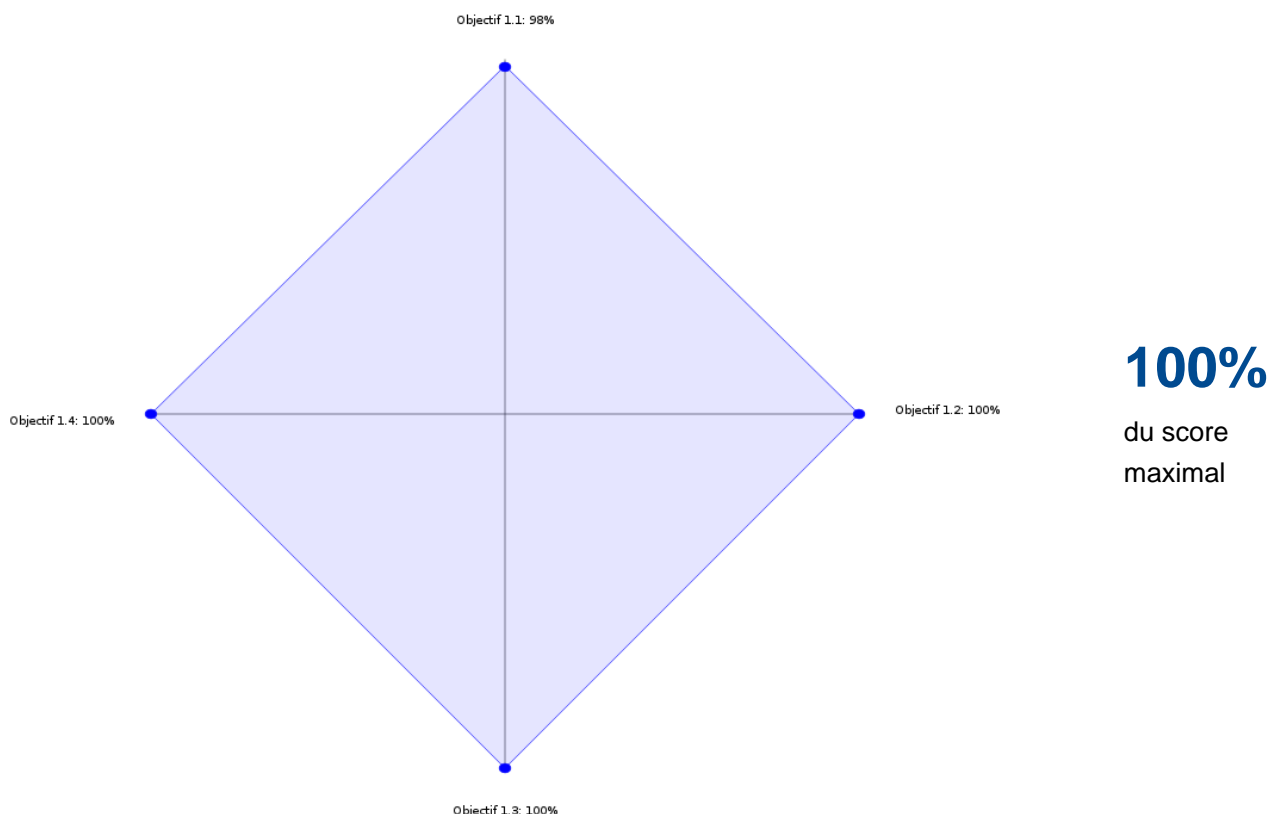
Au regard du profil de l'établissement, [97](#) critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

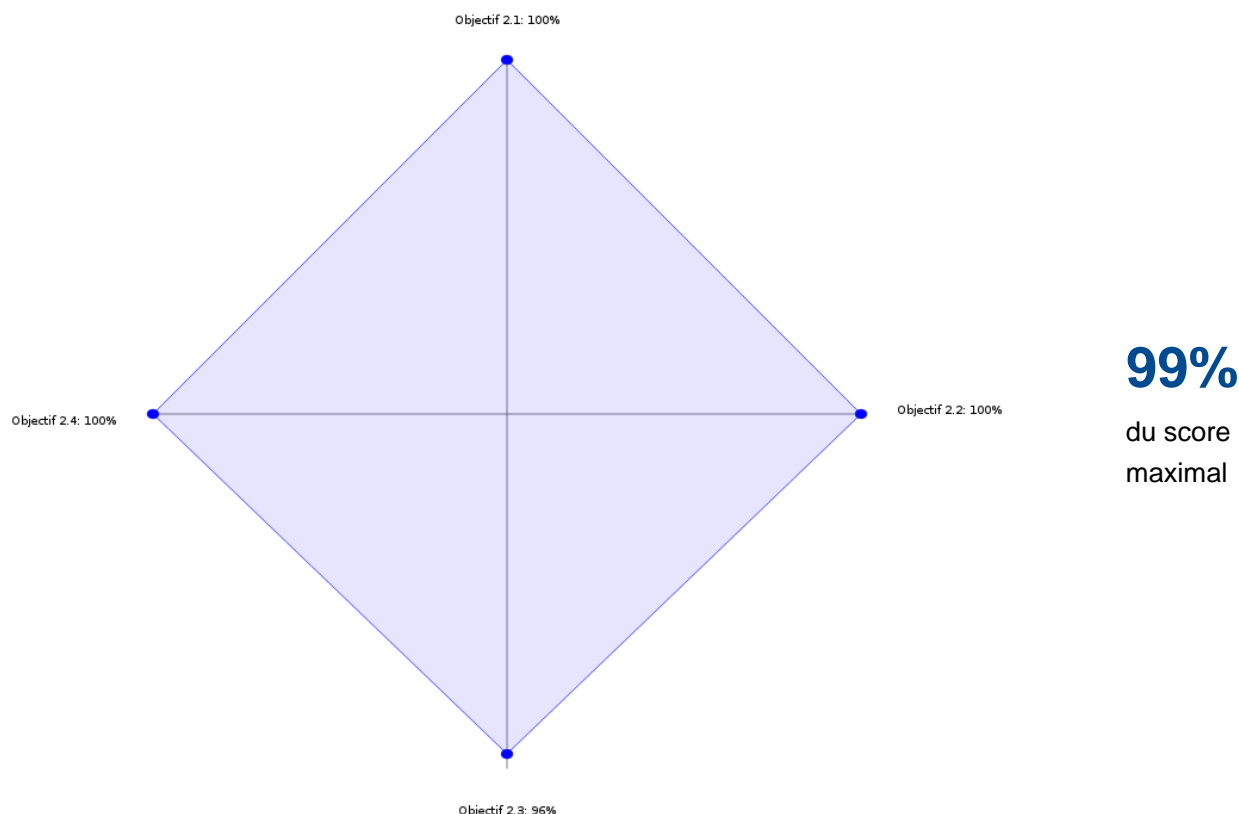


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	98%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte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

Au Centre de rééducation Paul Cézanne, l'analyse du parcours patient sur l'ensemble des séjours en HC et en HDJ au travers des rencontres avec le patient et les équipes ainsi que les observations effectuées ont montré que le patient est impliqué et associé à sa prise en charge, son consentement est recherché et ses besoins sont évalués. L'association des proches aidants est effective. Les Chartes de la personne hospitalisée, de la laïcité et de la bientraitance sont affichées dans les services, témoignant de l'engagement du Centre de rééducation. Un livret d'accueil du site est remis au patient, à l'admission, quelque soit le mode de prise en charge. L'existence de la CDU, et son fonctionnement sont affichés et délivrés au patient. L'établissement met à disposition du patient les informations concernant les modalités d'accès à son Dossier Médical Partagé (DMP) par voie d'affichage, dans le livret d'accueil et sur internet, ainsi que les droits dont il dispose pour s'y opposer. Cependant, une partie des patients rencontrés lors des patients traceurs méconnaissent l'existence des représentants des usagers ou des

associations de bénévoles et leurs modalités de sollicitations, la possibilité de déclarer un évènement indésirable grave, et l'importance de communiquer par messagerie sécurisée avec l'équipe médicale. Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement. En HDJ, celle-ci est complétée par un document d'information spécifique et le patient est invité à valider son consentement sur une fiche récapitulant son projet de soins. En HC, dès le lendemain de l'admission, l'IDEC rencontre tous les entrants de la veille et s'assure de la délivrance de toutes les informations et leur compréhension par le patient, pour réajuster si besoin. Tout au long de sa prise en charge, le patient bénéficie d'une évaluation de ses besoins et d'actions visant à préserver son autonomie (pour exemple : fauteuil roulant et cadre de marche équipé d'oxygène, tubulure longue pour prendre sa douche avec oxygène mural ; salle de restaurant thérapeutique pour patients avec troubles de la déglutition sous surveillance ; compagnon pour l'HDJ). Le patient est rendu acteur de sa prise en charge à travers un planning personnalisé d'activités co-validé avec le patient et son entourage, et une offre d'ateliers d'éducation et/ou des mises en situation diversifiées : en pneumologie, ateliers pour comprendre la maladie et comment mieux vivre avec la maladie ; ateliers pour les patients amputés mixant des prises en charge en HC et en HDJ (prévention chute, douleur, hygiène et contention, vie quotidienne) ; en rééducation (atelier du dos). En HC, tous les vendredis après-midi, l'IDEC remet au patient son programme pour la semaine suivante (heure de rééducation, participation aux ateliers, visite médicale...). L'évaluation des facteurs de risque en lien avec l'état de santé du patient est réalisée et des messages de prévention et de réduction des risques sont délivrés aux patients (exemple : lutte contre le tabac, vaccination contre la grippe). La prise en compte des vulnérabilités notamment sociales est effective. La désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir est effective et tracée. Les évaluations ont montré que le patient n'était pas toujours informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées. Les professionnels sont attentifs au respect des droits des patients et adaptent leurs pratiques pour garantir la dignité des patients. Les locaux participent au respect de l'intimité du patient. Le recours à la contention mécanique s'appuie sur une analyse de sa pertinence et relève d'une décision médicale avec prescription et réévaluation. Du matériel conforme est mis à disposition. La prise en charge de la douleur est réalisée (évaluation initiale et réévaluation), la prescription en « cas de besoin » est personnalisée et argumentée. Dès l'admission, l'échelle à utiliser est prescrite par le médecin. L'établissement associe les proches et/ou les aidants dans la mise en œuvre du projet de soins : proches associés aux séances de rééducation, à des mises en situation d'aide au transfert ; aide à la communication avec patient aphasiques. Par ailleurs, les proches sont parties prenantes dans la construction du projet de sortie (par exemple, participation à l'évaluation de l'ergonomie du domicile par l'ergothérapeute). L'organisation de la sortie est évaluée dès l'admission par le médecin et l'IDE, associant d'emblée l'assistante sociale si besoin. Les conditions de vie et de lien social sont évaluées et tracées, avec la possibilité de recourir à des intervenants supports ou transversaux comme l'assistante sociale, un psychologue, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, la diététicienne, tout au long de la prise en charge et à la sortie.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



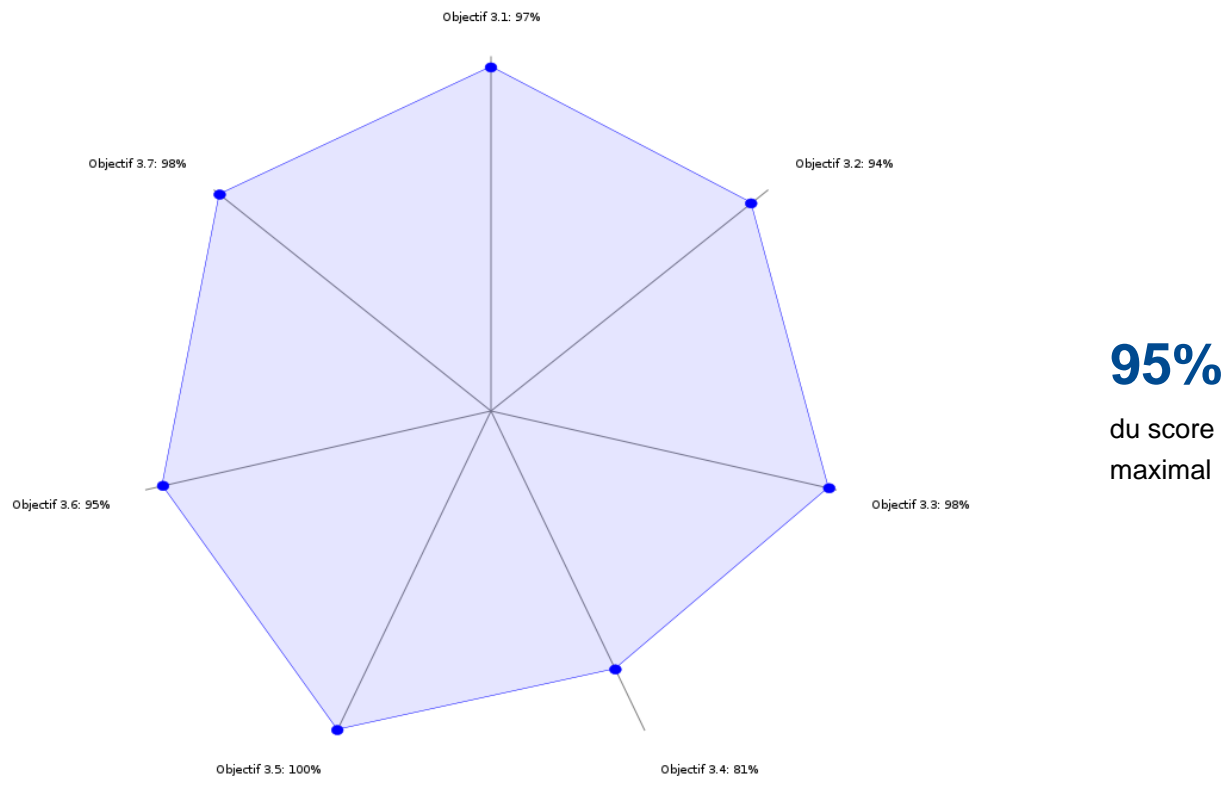
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	100%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	96%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

Le Centre de rééducation Paul Cézanne a identifié et structuré ses parcours et ses filières. Les équipes de soins sont investies dans les parcours proposés et se coordonnent pour la mise en place des projets de soin. La prise en charge du patient est coordonnée de manière pluridisciplinaire. La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée en équipe soit sur la base des recommandations nationales, soit sur la tenue de réunions pluriprofessionnelles lorsqu'il s'agit de prises en charge complexes. Les demandes d'admission en SSR font l'objet d'une évaluation pluri professionnelle. La pertinence de l'admission et le maintien en SSR sont évalués et argumentés au sein de l'équipe. Les admissions et les sorties sont planifiées de façon coordonnées en lien avec les équipes médicales et les équipes logistiques de façon à fluidifier les parcours (bed manager, sortie des patients à partir de 9h30, admission des patients à 11h30, réunions d'information et réalisation des bilans). Le recours aux expertises et avis spécialisées est établi (équipe mobile de soins palliatifs, référent antibiothérapie,

équipe d'hygiène, médecins spécialistes sur site, RCP en uro-neurologie, équipe MPR, dispositif COMETE à la sortie). Un lien est réalisé avec la structure HAD si une sortie est prévue en HAD (passage de l'IDeC de l'HAD au centre avant la sortie) Concernant le bon usage des antibiotiques, les équipes mobilisent des protocoles définis selon les recommandations et peuvent faire appel à un médecin référent en ATB, ou à l'IHU le cas échéant. Toute prescription d'antibiotique répond à une justification. Des formations au bon usage des antibiotiques sont proposées aux nouveaux prescripteurs. La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et la réévaluation entre la 24ème et 72ème heure est effective, confirmée par le dernier audit de pratique (motif retrouvé (100% en 2024) ; réévaluation (91% en 2024). Une alerte automatique est activée directement sur la prescription, doublée d'un message envoyé sur la messagerie interne du DPI, à J2 et J7. Les vigilances sanitaires sont organisées. Des correspondants sont identifiés. Les équipes connaissent les vigilances sanitaires. Les procédures sont formalisées, connues et appliquées. Le projet de soin est construit, en équipe, en prenant en compte les préférences du patient (fiche synthétique du projet patient signé par ce dernier en HDJ par exemple) et sa réévaluation régulière permet de mettre en perspective les évolutions du patient et d'ajuster, le cas échéant le projet, tout au long de sa prise en charge (réunion tous les matins de toute l'équipe pour faire un point sur chaque patient, avec un bilan par patient selon une périodicité définie par le médecin pour réactualiser le projet de soins en dehors de situations intercurrentes ; en HDJ, à l'issue des explorations fonctionnelles respiratoires, partage des résultats avec le patient ; réunions associant les familles si besoin). Certains risques donnent lieu à un repérage par un bracelet de couleur (HC) ou pastille sur le badge d'identification patient (en HDJ) comme par exemple, le risque de déglutition assorti d'une gommette ou bracelet rouge. D'autres risques (chute, fugue, risque suicidaire, BMR, ..) donnent lieu à une alerte qui s'affiche sous la forme d'un logo sur le DPI, si le risque est validé. Le dossier du patient est informatisé (logiciel métier MPR). Sa structure facilite le recueil de données et l'accès en temps réel à l'ensemble des informations du séjour du patient, sans risque de perte d'information ou de discontinuité de la prise en charge. L'accompagnement des équipes dans la prise en main des nouveaux logiciels est organisé. L'alimentation du DMP est assurée directement à partir des logiciels métier (par exemple, DPI ou logiciel de résultats de biologie) et le site suit cette alimentation à l'aide d'un indicateur de suivi transmis à la tutelle. Les professionnels connaissent les types de documents du dossier patient reversés au DMP. Les équipes médicales peuvent consulter le DMP du patient, cependant les médecins méconnaissent la façon de faire. La prise en charge de patient en fin de vie reste exceptionnelle. Le cas échéant, l'établissement organise le transfert du patient et peut avoir recours à l'équipe mobile de soins palliatifs du CH d'Allauch pour conseils, soutien, propositions de prescriptions dans le cadre d'une convention. A la sortie du patient, une lettre de liaison est remise au patient, déposée dans son DPM, avec une copie pour le médecin traitant pour garantir la continuité des soins et de la prise en charge médicamenteuse. Les traceurs ont montré que la remise à J 0 est effective dans tous les services et son contenu est complet. L'établissement suit l'indicateur national (proche de 100%) Les équipes d'accueil sont formées et appliquent les bonnes pratiques en identitovigilance (bracelet en HC et badge en HDJ, complété par une photo dans le DPI, après accord du patient). Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription, toutes réalisées dans le logiciel institutionnel. Pour les patients pris en charge en HDJ, la prise de médicament pendant la séance reste exceptionnelle. L'utilisation de l'oxygène en HDJ respecte les bonnes pratiques. L'analyse pharmaceutique est réalisée pour l'ensemble des prescriptions, à l'admission et à chaque modification de prescription. Les médicaments sont dispensés de façon nominative, pour la journée, dans des piluliers. L'établissement met en œuvre la conciliation médicamenteuse, de façon proactive, lors de l'admission des patients, dans les secteurs d'hospitalisation complète, en récupérant des informations auprès de différentes sources de données (entretien avec patient et/ou les proches ou aidant, CRH de l'établissement adresseur, ordonnance(s) de ville, appel du médecin traitant et/ou adresseur, appel de l'officine). Une revue des médicaments prescrits à la sortie est systématiquement réalisée par le médecin avec chaque patient, afin de le sensibiliser aux modifications survenues par rapport à son traitement habituel, en complément des éléments inscrits dans le CRH. Les équipes respectent les règles de bonnes pratiques d'administration. L'auto administration des médicaments par le patient (PAAM), à la journée ou au moment, est en place en secteur d'hospitalisation complète, pour l'orthopédie et la pneumologie, en prenant en compte les recommandations HAS (évaluation pluriprofessionnelle sur la base de critères définies collégialement après quelques jours

d'hospitalisation ; réévaluation quotidienne ; fiche de traitement pour le patient). La liste des médicaments à risque est disponible et connue des services d'hospitalisation. Des sensibilisations sur l'utilisation de ces médicaments ont été réalisées et chaque erreur médicamenteuse ou situation à risque concernant un MHR donne lieu à une analyse en CREX. Les services d'hospitalisation disposent d'une dotation limitée en médicament et les règles de stockage sont respectées avec une identification particulière pour les médicaments à risque. Le transport des médicaments, y compris pour les médicaments thermosensibles, est sécurisé. Les médicaments en tension avec risque de rupture sont suivis en lien avec la centrale d'achat, avec des alternatives proposées. Une armoire pour besoins urgents est à disposition dans le sas de la pharmacie selon une organisation maîtrisée. L'équipe d'EOH est connue et mobilisable. Les actions de formations, les audits permettent une appropriation des bonnes pratiques. La mise en place d'outils d'information consolide cette appropriation. Les équipes appliquent les prérequis à l'hygiène, et l'information donnée au patient et à la famille est retrouvée. Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions standards et complémentaires prescrites par les médecins (logo dédié dans le DPI). Le matériel est disponible et utilisé. La promotion de la vaccination est portée par l'établissement et une organisation est en place pour faciliter l'accès des professionnels à la vaccination directement dans les services. Le taux de vaccination (grippe) est connu (à disposition dans l'intranet) et est suivi par l'encadrement. Une campagne de sensibilisation est réalisée (affichage, échanges lors des réunions d'équipes). Les équipes évaluent leurs pratiques et des actions d'amélioration sont mises en place, comme par exemple le suivi des taux de patients ne se présentant pas en HDJ programmés ou la démarche d'évaluation de la marche « test des 10 mètres » ayant conduit à améliorer la pertinence de ventilation des patients dans 3 groupes selon leur niveau de marche. Des audits en hygiène (excrétas, lavage des mains, tenue professionnelle / zéro bijoux) sont menés en binôme par EOH avec des soignants. Les Evénements Indésirables Associés Aux Soins (EIAS) sont déclarés et partagés. Ils sont analysés en associant les professionnels et ils donnent lieu à des plans d'action suivis. Le centre de rééducation dispose d'une salle de radiographie, avec 0,3 ETP de manipulateur radio. Les prescriptions sont réalisées et donnent lieu à un CRH sur lequel est enregistrée la dose d'exposition aux rayonnements, sans précision du matériel utilisé. Ce CRH est remis au patient à la sortie et mis à disposition sur le DPM du patient. Un tablier et un dosimètre sont à disposition et utilisés.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	97%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	94%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	98%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	81%
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	95%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	98%

Le Centre de rééducation Paul Cézanne est spécialisé en rééducation de l'appareil locomoteur, de neurologie et de pneumologie. Il offre une prise en charge en rééducation fonctionnelle, en hospitalisation complète et en hôpital de jour. Il propose également un programme de rééducation intensive en HDJ, en collectif, aux patients atteints de maladie de Parkinson, sans limitation des capacités de marche et sans trouble cognitif. Le centre s'est rapproché des acteurs du territoire afin de formaliser des partenariats et tisser des liens privilégiés. En amont de

la prise en charge, des liens sont entretenus avec des établissements adresseurs (tel que APMH H Nord pour la pneumo post CHI du thorax ou insuffisance respiratoire) ou des médecins de ville ou encore des associations. En aval du parcours hospitalier, le centre oriente le patient, selon les besoins, vers des services adaptés tels que : soins à domicile ; SSIAD ; HAD, en utilisant des structures de coordination (CPTS et DAC), le Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH de Marseille) ou en s'appuyant sur des équipes mobiles et des associations (Associations LA MAISON -soins palliatifs ; réinsertion sociale et professionnelle avec COMETE d'AIX Marseille pour les parcours de santé complexes). Si un patient a besoin d'être transféré (hors urgence) dans un hôpital, le centre veille à éviter le passage aux urgences des patients, en organisant une admission directe avec le service de médecine destinataire. Des modalités sont en place pour permettre aux usagers et aux professionnels de santé de ville de contacter aisément l'hôpital (téléphone, mail, internet). Le centre communique vers ses partenaires du territoire son offre de soins via le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS, pour faciliter l'orientation des patients. Une messagerie sécurisée de santé est en place (tous les médecins) pour permettre un accès rapide aux résultats d'examens et des échanges d'informations entre les professionnels en charge des patients. Une messagerie sécurisée intégrée au DPI est également disponible, connectée à l'annuaire de santé national. Enfin, le DPI comporte une messagerie en interne ce qui facilite les échanges sécurisés en interne. Les résultats de biologie médicale sont consultables directement dans le DPI. Cependant, l'établissement n'a pas réalisé d'enquête sur les usages non sécurisés existants Le CH de Paul Cézanne n'émarge pas aux SIGAPS et SIGREC et il n'y a pas de politique de structuration et/ou de soutien à la recherche clinique au sein même du CH. Néanmoins, à minima, il est toujours possible pour les médecins de s'inscrire dans un projet de recherche. Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas de centre de référence et les médecins du centre identifient les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès L'engagement patient est inscrit à tous les niveaux du projet d'établissement. La Commission des usagers (CDU) est en place. Les représentants des usagers (RU) sont impliqués et participent à certaines instances ou comités (CDU et CLIN) et à la vie de l'établissement. Il est prévu la participation de RU à des audits en 2025 (lavage des mains des patients). Le site mobilise l'indicateur national e-satis, cependant devant le peu de retour (moins de 30 dossiers, donc non éligible à l'indicateur national), l'établissement a cherché, de façon pro active, à recueillir la satisfaction et expérience du patient à travers un questionnaire élaboré par le site sur support papier (un spécifique à chaque mode de prise en charge, HC et HDJ) qui a permis d'avoir un taux de retour exploitable (25% de retour). Les RU rencontrent les patients et sollicitent leur avis sur la base de ce questionnaire. Les patients sont également invités à répondre à un questionnaire flash disponible via un QR code (3 questions), dont le taux de retour est peu représentatif. Un travail a été mené avec une société d'aide à l'analyse des verbatims pour améliorer l'exploitation de ces derniers et leur prise en compte dans le PAQSS. En complément, l'évaluation des ateliers éducatifs par les patients complète l'expérience patient. L'analyse des résultats de cette évaluation a conduit à faire évoluer les programmes. Les résultats des évaluations de la satisfaction patient et du vécu des patients ont conduit à des améliorations, pour exemple : amélioration du visuel des textures mixées ; proposition d'ateliers : « actes de la vie quotidienne » ; « impact de la pathologie sur la vie sexuelle » ; Cela a même conduit l'établissement à mener une action auprès de la société d'ambulance afin qu'elle puisse également évaluer la satisfaction des patients lors de leur transport extra hospitaliser (en cours). Par ailleurs, le patient peut être amené à participer à la démarche d'analyse des facteurs de causes lors de l'enquête suite à une chute ou erreur d'identitovigilance (participe indirectement à RMM/CREX) L'établissement mobilise l'expertise patient à travers différentes modalités plus ou moins clairement définies en tant que tel : un patient expert en neuro (AVC) est en cours de formation complémentaire depuis mai 2024, pour revenir en 2025 ; depuis le début de l'année, en collaboration avec une association one legs, articulée avec des éducateurs sportifs, il est proposé un projet d'activité physique adapté aux patients amputés, dans le cadre duquel, outre des activités sportives, des groupes de paroles sont proposées ; des échanges sont favorisés entre patients de niveau d'expérience différence dans l'auto sondage ; à travers les ateliers collectifs en éducation thérapeutique, les échanges entre patients favorisent le partage de savoir et savoir-faire entre patients (exemple : Vivre avec son oxygène, atelier avec diététicienne dans parcours pneumologie). L'impact de l'expertise patient n'a pas encore été évalué. L'établissement est engagé dans une démarche de bientraitance dès l'admission des

patients, avec une évaluation de la charge de travail en équipe pluri disciplinaire, conduisant à adapter les ratios de personnel. Une charte de bientraitance participe à la sensibilisation des professionnels, ainsi que les réunions d'équipes. L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre professionnels, patients et entourage notamment au travers des réunions d'équipes. Un programme de formation e learning est proposé à tous les professionnels, intégrant un module sur la communication non violente. Le circuit des plaintes et réclamations est organisé. La conduite à tenir en cas de maltraitance externes et/ou situations de violences repérées par les professionnels est connue. Une CAT est formalisée. L'établissement n'a pas encore conduit de démarche d'évaluation permettant de s'assurer que le repérage des situations de maltraitance externe est effectif, via le codage PMSI. L'établissement est accessible aux personnes en situation de handicap avec une vigilance relevée concernant le handicap visuel. L'accès du patient à son dossier est organisé. Le délai de réponse répond au délai règlementaire pour les dossiers de moins et de plus de 5 ans. La politique qualité sécurité des soins et expérience patient a été construite à partir d'une analyse de données issues du bilan qualité, gestion des risques, de la CDU, des audits internes et externes, des résultats des questionnaires patients, d'indicateurs, ainsi que des projets proposés par les équipes. Cette politique a été validée par les instances. Les propositions que peuvent formuler les représentants des usagers sont prises en compte et inscrites au projet qualité de l'établissement, sans qu'un projet des usagers, en tant que tel, ne soit formalisé. Le pilotage de la démarche qualité est organisé avec des ressources dédiées, des instances opérationnelles et des référents (COFIL QGDR, commission des chutes...). Le PAQSS est dématérialisé dans l'outil de gestion de projet, pilotés par la direction qualité avec des référents (responsable des soins et plateau médico tec, IDEc HC et HDJ, référent kiné, médecin coordinateur, pharmacien,...). Les professionnels sont forces de propositions et une marge d'autonomie est laissée aux équipes pour mener des démarches d'amélioration validés par la gouvernance du site (exemple : Amélioration de l'outil de transmission au service des aides-soignantes ; réorganisation de l'activité des APA). La gestion documentaire informatisée est en place et la révision et/ou l'actualisation est assurée conformément aux délais définis par l'établissement, ou le cas échéant, en fonction des nouvelles recommandations (exemple : sur la thématique de la déglutition en regard de l'évolution des profils des patients pris en charge, MAJ des recommandations sur le bon usage des antibiotiques). L'établissement s'assure de la diffusion des recommandations, des indicateurs, du programme d'actions, à travers l'outil intranet et les réunions d'équipes organisées, cependant les professionnels n'ont pas toujours connaissance des actions d'amélioration issues des retours d'expérience patient ou émanant de la commission des usagers. Le centre Paul Cézanne mesure régulièrement la maturité de la culture sécurité d'établissement, à travers une enquête (questionnaire OMS/HAS). En 2024, 42% des personnels soignants interrogés ont répondu. Des axes de travail sont priorisés et des actions sont menées (amélioration de la répartition de la charge de travail à travers une meilleure communication ; promotion du signalement des EIAS par un retour systématique au signalant sur l'importance du signalement au-delà de la charte d'incitation ...). Le nombre de signalements (toute thématique confondue) est suivi de 235 en 2023 à 295 en 2024. 8 CREX ont été menés sur l'année 2024. Pour chaque EIAS déclaré, le signalant reçoit une réponse personnalisée. Cependant, les professionnels ne connaissent pas les EIAS déclarés dans l'établissement en lien avec leurs secteurs d'activité, ni les plans d'actions mis en place à la suite de l'analyse de ces derniers (CREX). Le pilotage de l'adéquation entre les RH disponibles et la qualité et sécurité des prises en charge est effectif (maquettes organisationnelles effectif cible et procédures de recours en cas d'absence). Notamment, il existe un pool de remplacement IDE/AS tous les jours (un agent AS et IDE est en surplus du planning pour palier l'absentéisme). Il existe également, un pool de vacataires IDE/AS attirées en cas d'absence prolongés d'un agent AS/IDE. Le responsable des soins et du plateau technique a bénéficié d'un accompagnement à la fonction managériale, (formation, coaching, actions de soutien). L'équipe d'encadrement (médecin co ; responsable des soins ; responsable restauration ; responsable lingerie) partage régulièrement sur ses pratiques de management et bénéficie de temps d'échange dédiés. L'établissement impulse et soutient le travail en équipe. Cela se traduit pas des actions de sensibilisation des professionnels par la directrice qualité ayant une formation de coaching, des démarches menées en co-réflexion et co-construction entre les IDE et les rééducateurs. Des activités en binôme favorisent également le travail en équipe (exemple : contrôle du chariot d'urgence vitale en binôme IDE/ rééducateurs ; travail en binôme généraliste/médecin MPR). Cependant, le fonctionnement en équipe ne donne

pas lieu à des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe (travail sur la communication intra et inter équipes, sur la conscience partagée d'une situation...). La gouvernance veille à l'acquisition et au maintien de l'ensemble des compétences de ses équipes, via la formation continue (DU hygiène ; DU anti biologie ; Master management des établissements) et le développement professionnel continu (spécialisation en MPR pour un médecin généraliste). Par ailleurs, le centre favorise le développement des compétences à travers des formations internes, animées par les médecins (Ex. sur l'AVC en HDJ) et la rotation des AS et IDE entre les étages tous les 3 à 6 mois. La politique Qualité de Vie au Travail-Conditions de Travail (QVT-CT) est définie dans le cadre du projet social. Un questionnaire de satisfaction des professionnels est réalisé annuellement. Il existe de ateliers de bien-être au travail pour les personnels et assurés par des personnels de l'établissement formés à ces activités (marche nordique, yoga par une EAPA ; massage par kiné). L'établissement organise le soutien aux professionnels en cas de difficultés ou de conflits interpersonnels (responsable des soins et du plateau medicotechnique, médiatrice interne, psychologue). L'établissement a identifié les risques pouvant générer des tensions hospitalières et des situations de crise exceptionnelle au travers de son plan blanc. Il est qualifié d'établissement receveur, de 3ème ligne et est préparé à suivre les instructions des tutelles. Le nombre de lits et les équipements en lien sont identifiés et suivis. Une cellule de crise est identifiée et son opérationnalité a été testée à plusieurs reprises, notamment à travers des clusters COVID, avec des enseignements issus de ces mises en situation réelle. Le plan de sécurisation de l'hôpital est intégré au plan blanc, avec lequel il est articulé. La prévention des atteintes aux personnes et aux biens est assurée. L'établissement est équipé d'un système de vidéo surveillances, notamment vis-à-vis des points accès, avec écrans à l'accueil et dans services de soins. L'établissement a particulièrement identifié le risque de fugue ce qui a conduit à réviser les critères d'admission. La politique de développement durable (DD) est un des objectifs relevés dans la politique qualité 2021-2025 du centre de rééducation Paul Cézanne, à travers des engagements relatifs à l'amélioration énergétique des bâtiments, des achats éco responsables et une sensibilisation des professionnels face au gaspillage énergétique et alimentaire. Le directeur du site est le référent de l'axe "penser développement durable à tous les niveaux de l'établissement ». Des risques environnementaux ont été identifiés (ex canicule, neige, incendie) pour lesquels des actions sont en place. L'établissement a une politique qui se traduit à travers de nombreuses actions concrètes, depuis la valorisation des déchets jusqu'au potager, en passant par l'équipement en véhicule électrique et la maîtrise des consommations d'électricité, d'eau et d'émission de gaz à effet de serre. Les professionnels sont sensibilisés, ainsi que les patients. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée sur le site de rééducation Paul Cézanne : Le numéro d'appel pour les urgences vitales est affiché, connu et rapidement identifiable par les professionnels (n° unique le jour, complété par le 15 la nuit et le WE). Des chariots dédiés ou sacs, accessibles à chaque étage sont vérifiés selon une fréquence définie. Des téléphones dédiés aux sorties dans le parc dispose d'un bouton d'appel direct au n° unique urgence vitale. La formation des personnels est suivie (Plan de formation intégrant les nouveaux professionnel). Des exercices de simulation sont menés dans les secteurs (exemple : exercice de noyade en balnéothérapies, chute dans le parc de marche, ARC dans le gymnase. Le dispositif est évalué, notamment à l'occasion de ces mises en situations pour en tirer des enseignements à l'échelle du site). La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : • Informer et sensibiliser les patients sur les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un événement indésirable, ainsi que pour solliciter les représentants des usagers • Formaliser le projet des usagers • Organiser la démarche d'évaluation permettant de s'assurer que le repérage des situations de maltraitance externe est effectif, via le codage PMSI.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025
- 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	130002660	CENTRE DE REEDUCATION PAUL CEZANNE	929, route de gardanne 13105 Mimet FRANCE
Établissement principal	130786932	CENTRE DE REEDUCATION PAUL CEZANNE	929, route de gardanne 13105 Mimet FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025

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

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Non
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	0
Maternité	

Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	0
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	0
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	0
Enfant et adolescent	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Pédiatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Pédiatrie	0
Patient âgé	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gériatrie	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Gériatrie	0
Urgences	
Nombre de lit en UHCD	0
Activité Hospitalière SMR	
Soins Médicaux et de Réadaptation	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SMR	86
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	36
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		Adulte Hospitalisation complète Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
2	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Maladie chronique Pas de situation particulière Patient âgé Patient en situation de handicap Patient en situation de précarité Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
4	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable
5	Audit système	Dynamique d'amélioration		
6	Audit système	Maitrise des risques		
7	Audit système	Représentants des usagers		

8	Audit système	Coordination territoriale		
9	Audit système	Leadership		
10	Audit système	QVT & Travail en équipe		
11	Audit système	Engagement patient		
12	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Prescription PSL (Si non applicable, garder le traceur ciblé et mentionner NA sur tous les EE)
13	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
14	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
15	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Audit système	Entretien Professionnel		
18	Patient traceur		Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
19	Patient traceur		Adulte Hospitalisation complète Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
20	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires Balnéothérapie

21	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Antibiotique per os ou injectable
22	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presque accident
23	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
24	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		Gestion des PSL
25	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque per os
26	Audit système	Entretien Professionnel		
27	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	
28	Patient traceur		Hospitalisation complète Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Soins Médicaux et de Réadaptation Tout l'établissement	

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

