



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CLINIQUE DURIEUX
CENTRE
D'HEMODIALYSE MG
DURIEUX**

100 rue de france
Zac paul badre
97430 Le Tampon - La Reunion



Validé par la HAS en Janvier 2024

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 – Janvier 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	12
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 2024	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

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

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

Décision

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

Présentation

CLINIQUE DURIEUX CENTRE D'HEMODIALYSE MG DURIEUX	
Adresse	100 rue de france Zac paul badre 97430 Le Tampon - La Reunion FRANCE
Département / Région	La Réunion / La Réunion
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	970400271	SAS CLINIQUE DURIEUX	100 rue de France ZAC Paul Badre 97430 Le Tampon FRANCE
Établissement juridique	970403978	CENTRE HEMODIALYSE MG DURIEUX	100 rue de france zac paul badré 97430 LE TAMPON FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

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

Champs d'applicabilité

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

Au regard du profil de l'établissement, **109** critères lui sont applicables

Chapitre 1 : Le patient

Le patient pris en charge dans les trois secteurs d'activité de la clinique DURIEUX et Centre d'hémodialyse MG DURIEUX (chirurgie, maternité, hémodialyse) est informé et impliqué dans sa prise en charge quelque soit son mode d'hospitalisation (hospitalisation complète ou ambulatoire). Il reçoit une information claire, orale et écrite, sur son état de santé, les hypothèses et confirmation diagnostique lui permettant de participer à l'évaluation de l'analyse bénéfice-risque et d'exprimer son consentement libre et éclairé sur le projet personnalisé de soins (PPS), les actes interventionnels, les modalités du traitement par hémodialyse ou le projet de naissance en maternité. En pédiatrie, les professionnels adaptent les informations à l'âge de l'enfant ou l'adolescent et les invitent à s'exprimer sur son projet de soins. Des messages de santé publique sont affichés dans tous les étages de la clinique, présents sur le site internet public de la clinique et rappelés dans une plaquette (« Vous êtes patient(e) Vos essentiels à savoir » Agir pour votre santé, messages de prévention : alcool, drogue, tabac, diabète, cancer du sein...) systématiquement remis avec le livret d'accueil de la clinique ou du patient dialysé. Les mêmes supports informent le patient sur ses droits : charte de la personne hospitalisée, de l'enfant et adolescent hospitalisé, de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques, de Romain-Jacob, consentement éclairé, désignation d'une personne de confiance. En prévision de sa sortie, le patient est informé des consignes de suivi pour les médicaments prescrits, les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour (prothèses articulaires, implants intra-oculaires..), des produits sanguins labiles qui lui sont administrés, des modalités de prise en charge ambulatoire pré, per et post opératoire qui lui sont expliquées avec remise d'un « passeport santé en 8 étapes » et qui lui sont rappelés par SMS (ou appel téléphonique) de la veille et du lendemain tracé dans le dossier. Malgré les informations délivrées par l'établissement, la grande majorité des patients rencontrés pendant la visite ne connaissent pas leur droit à rédiger les directives anticipées, l'existence des Représentants des Usagers, pourtant très actifs et présents au quotidien dans la clinique, dont les coordonnées téléphoniques et mail figurent dans les livrets d'accueil et dans la plaquette « Vous êtes patient(e) Vos essentiels à savoir » et les modalités pour exprimer leur satisfaction ou leur expérience durant et après leur séjour alors que des questionnaires de satisfaction sont remis au patient et le dispositif e-Satis mis en œuvre. Les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un Évènement Indésirable Associé à ses Soins (EIAS) sont également peu connues. En situation de fin de vie, le patient peut accéder aux soins palliatifs s'il le souhaite, et en l'absence de rédaction de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée auprès de sa personne de confiance ou de sa famille et ses proches. La prise en charge du patient par les professionnels, les locaux et équipements garantissent leur intimité, leur dignité et le respect de la confidentialité des informations le concernant. En hémodialyse, si le patient souhaite préserver son intimité, un rideau de séparation entre les postes de dialyse peut être déplié ou il peut être dialysé dans un box isolé et fermé disponible dans les deux unités de dialyse. Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté, notamment en Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI) ou des travaux et des aménagements (agrandissement du local de surveillance, décorations, séparation des adultes à l'aide de grands paravents isolant), réalisés à la suite de la précédente certification, permettent d'assurer la surveillance du réveil dans un environnement garantissant la sécurité et le bien-être des enfants et adolescents. L'autonomie du patient en situation de handicap et/ou âgée est maintenue avec une évaluation systématique de l'aptitude du patient par les équipes. Une aide est apportée au patient pour répondre à ses besoins élémentaires dans toutes les circonstances. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Les professionnels de l'établissement ne recourent jamais à la contention mécanique. La douleur est évaluée selon une échelle adaptée et prise en charge pour tous les patients dans tous les secteurs d'activité. Les proches et aidants sont sollicités et impliqués dans la mise œuvre du projet de

soins du patient si celui-ci a donné son accord. Dans le service de chirurgie ambulatoire, la présence des parents auprès des enfants est sollicitée, en maternité, la présence du futur papa auprès de la parturiente est proposée et facilitée, et en hémodialyse, une rencontre avec les IDE, une psychologue et les proches et aidants est régulièrement organisée (café des aidants). Le repérage de la vulnérabilité sociale est réalisé et pour les patients en situation de précarité sociale, l'assistante sociale prend en compte les difficultés financières, professionnelles, administratives ou familiales des patients et intervient en ce qui concerne leur accès au droit et aux soins (Aide Médicale d'État, coordination avec les services médico-sociaux, ...). Les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap sont évalués et intégrés dans le projet personnalisé de soins. Une prise en charge sociale, éducative et scolaire, est proposée, selon les besoins, à l'enfant ou à l'adolescent atteint de maladie chronique ou vivant avec un handicap. La préparation de la sortie est anticipée et tient compte des conditions de vie habituelle du patient. En maternité et en chirurgie, le service d'accompagnement du retour à domicile PRADO est systématiquement proposé. En hémodialyse, les conditions environnementales, familiales et sociales sont évaluées par l'assistante sociale.

Chapitre 2 : Les équipes de soins

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes de l'établissement. Les professionnels disposent de protocoles de prise en charge intégrant les recommandations de bonnes pratiques actualisées. En maternité, les équipes s'appuient sur les Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et du Réseau Périnatal Réunion (REPERE). La clinique disposant d'une autorisation pour la chirurgie carcinologique du sein, des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) sont organisées au CHU de Saint-Pierre pour valider les indications et les modalités des actes de chirurgie carcinologique avec pour les cas complexes, l'expertise de l'Institut Gustave Roussy. La prise en charge en hémodialyse intègre les recommandations de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT). Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et argumentées en fonction du contexte clinique et des examens microbiologiques. Les praticiens disposent d'un livret d'antibiothérapie et peuvent faire appel à l'expertise d'un médecin infectiologue du CHU de Saint-Pierre ; la liste des antibiotiques disponible dans l'établissement a été mise à jour et validée en CME. La pertinence de la réévaluation de la prescription entre la 24^{ième} et la 48^{ième} heure est réalisée. La formation des praticiens mériterait d'être renouvelée. L'analyse bénéfice/risque est réalisée pour tout acte de transfusion ; cependant l'analyse de la pertinence des transfusions n'est pas tracée dans le dossier. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Un logiciel métier commun au secteur chirurgical et obstétrical et un logiciel métier en dialyse permettent la traçabilité et l'accessibilité aux professionnels de tous les éléments utiles à la prise en charge du patient : dossier médical, dossier de soins infirmiers, intégration de données importées (documents administratifs, scannés, impression papier du dossier anesthésique informatisé, résultats de biologie, données des séances de dialyse...). Dans les trois secteurs d'activité, un programme personnalisé de soins (PPS), adapté aux besoins et préférences du patient, tracé dans le DPI par tous les professionnels intervenants dans la prise en charge du patient, est mis en œuvre et réévalué au cours du séjour. Le projet de naissance est réalisé avec la future maman et revu si besoin. Le projet personnalisé de soin est formalisé en équipe, associant, si besoin, les soins de support : assistante sociale, diététicienne, psychologue. La coordination des équipes est également assurée, dans les trois secteurs de prise en charge par des staffs de service et des réunions d'équipe trimestrielles organisées par le responsable du service. Les équipes se coordonnent lorsque le patient n'a pas été orienté dans le service adapté. Elles peuvent faire appel, si besoin, à des professionnels experts internes et disposent d'accès direct à des correspondants experts ; cependant les modalités de recours à la télésanté ne sont pas formalisées et connues des professionnels. La programmation opératoire est réalisée conformément aux dispositions de la charte du bloc opératoire de la clinique avec validation du programme opératoire lors d'une réunion de coordination hebdomadaire tracée dans le logiciel métier du bloc. Des fiches de liaison tracent les transmissions des informations entre les équipes du bloc opératoire et les unités de soins ; toutefois la qualité des informations transmises n'est pas régulièrement analysée. La check-list « sécurité du patient » est adaptée aux sites interventionnels (bloc opératoire, endoscopie, césarienne), et est réalisée de manière collégiale, à l'oral, avec l'ensemble des opérateurs et tracée informatiquement en temps réel ; toutefois, il a été rencontré en visite une check-list non signée par les opérateurs. Le carnet de santé de l'enfant pris en charge au bloc opératoire, presque exclusivement en ambulatoire, est demandé aux parents à son arrivée et mis à jour avant la sortie pour les informations utiles à son suivi. Chez les patients en fin de vie, une prise en charge pluridisciplinaire en soins palliatifs est mise en œuvre, intégrant les soins de support, mais qui mériterait d'être structurée en formalisant le recours à une structure d'expertise en soins palliatifs et en faisant bénéficier les équipes de ressources d'accompagnement. Quel que soit le mode de prise en charge, pendant la visite, il a été

constaté que la remise d'une lettre de liaison au patient le jour de sa sortie n'est pas systématique et variable selon les services et que cette lettre de liaison ne comprend pas tous les éléments attendus par la HAS et ceux du décret de juillet 2016, concernant notamment la traçabilité de prescriptions médicamenteuses actualisées ; de plus, en dialyse, l'édition réglementaire quadrimestrielle de la lettre de liaison n'est pas respectée. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge. Un Comité des Vigilances Sanitaires et des Risques (COVIRIS) est en place ; les correspondants vigilants sont désignés et la liste de ces correspondants, accessibles 24 heures sur 24, est affichée dans les services et connue des professionnels. Les modalités des alertes de vigilances ascendantes et descendantes sont définies et opérationnelles ; la coordination avec les structures régionales et nationales est opérationnelle. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. L'analyse pharmaceutique est réalisée, mais elle n'intègre pas les informations du dossier pharmaceutique du patient lorsque celui-ci en est doté. Les prescriptions des médicaments sont toutes réalisées dans le DPI institutionnel de la clinique, y compris les prescriptions réalisées par les médecins anesthésistes en pré, per et post-opératoire (incluant les rares prémédications et les traitements personnels des patients) et dans le logiciel métier par les néphrologues en hémodialyse. Cependant, les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments ne sont pas respectées par toutes les équipes ; en chirurgie urologique, il a été constaté, en ce qui concerne la gestion du traitement personnel du patient que la préparation des doses à administrer est réalisée avec les médicaments que le patient a apportés, qui sont séquestrés et stockés dans l'armoire à pharmacie de l'infirmerie, dérogeant à la réglementation et aux bonnes pratiques qui précisent que le traitement du patient doit être fourni par la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI). De plus, ces médicaments personnels du patient prélevés dans les boîtes des patients sont déblistérés par l'IDE, et versées dans une cupule rendant le médicament non identifiable jusqu'à son administration. Enfin, le motif de la non administration d'un médicament n'est pas toujours tracé dans le dossier. Le protocole de gestion du traitement personnel du patient, a été actualisé et validé en CME fin septembre 2023. Il spécifie la possibilité de délivrer des thérapeutiques, le temps que la PUI puisse s'approvisionner pour les molécules non présentes dans l'établissement à l'arrivée du patient. L'établissement déclare qu'un rappel des bonnes pratiques de préparation de traitement et d'administration a été réalisé par l'encadrement et intégré au PAQSS, des évaluations régulières sont prévues; de même, qu'un audit des pratiques et de la traçabilité des non administrations a été engagé. La liste des médicaments à risque est adaptée à l'unité de soins, elle est connue des professionnels qui sont formés aux risques induits lors de l'utilisation de ces médicaments. Les bonnes pratiques d'utilisation de ces médicaments à risque sont respectées à toutes les étapes du circuit, avec quelques ajustements réalisés pendant la visite ; ils sont identifiés par un logo dans le tiroir des armoires sécurisées et sont stockés à distance des autres médicaments. Le stockage des stupéfiants est sécurisé dans des coffres et leur prescription répond à la réglementation. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques, avec également pendant la visite, dans l'unité de chirurgie, absence d'étiquetage des casiers nominatifs contenant les médicaments dans les chariots de soins servant à distribuer les médicaments dans les chambres et présence de deux dosages d'un même médicament à risques dans un même casier, pratique immédiatement corrigée pendant la visite. En ce qui concerne les médicaments thermosensibles, le transport est réalisé dans des caisses isothermes et une surveillance des températures des réfrigérateurs est systématiquement vérifiée et tracée. Chez le patient vulnérable et/ou âgé, les équipes de soins lui expliquent les modifications de son traitement, mais l'intégration du bilan thérapeutique n'est pas toujours retrouvée dans le dossier du patient et dans la lettre de liaison, dont le contenu, hétérogène selon les services, ne comprend pas le comparatif de son traitement habituel et de son traitement à la sortie de la clinique. La sécurité transfusionnelle est maîtrisée. L'hémovigilant est désigné, la clinique dispose d'un Dépôt d'Urgence Vitale (DUV) géré par des professionnels formés ; la traçabilité dans le DPI et le dossier transfusionnel de la prescription, de l'administration et de la surveillance du patient sont effectives. Les équipes ne maîtrisent pas totalement le risque infectieux. Les bonnes pratiques de l'hygiène des

mains ne sont pas systématiquement appliquées dans toutes les unités de soins, exceptée en maternité. Pendant la visite, il a été observé qu'un certain nombre de professionnels privilégient le lavage des mains à l'eau et au savon et qu'en hémodialyse les professionnels ne mettent pas en pratique toutes les indications de l'hygiène des mains notamment dans les gestes à risques (débranchement d'un patient dialysé sur cathéter). L'établissement connaît cette problématique de la non observance de la friction hydroalcoolique des mains par les professionnels : l'indicateur ICHSA de consommation de Solutions Hydro-Alcooliques est très en dessous de la moyenne nationale et reste stable à 40% en dialyse et 76% dans le secteur clinique, le suivi semestriel du volume de SHA commandé par rapport au volume prévu au premier semestre 2023, montre une consommation de SHA extrêmement faible, en dialyse (moyenne 28%) et en chirurgie (moyenne 69%), atteignant à peine 20% sur certains mois, de la consommation programmée et deux audits en 2023, un évaluant la qualité de la friction en analysant la quantité résiduelle de germes post friction sur des professionnels de tous les services, et un audit Pulpe Friction, confirment les observations réalisées pendant la visite, la fréquence élevée de non respect de l'indication d'hygiène des mains après avoir touché le patient et/ou son environnement et les nombreux freins évoqués par les professionnels à l'utilisation du SHA. Une sensibilisation de la bonne utilisation du SHA aux professionnels a été inscrite dans le programme d'actions institutionnel, les points de distribution de SHA revus. Une sensibilisation à l'hygiène des mains a eu lieu dans le cadre de la journée mondiale des mains le 5 mai 2023. Pour autant l'établissement n'a pas priorisé des actions d'amélioration ciblant l'observance et la technique d'hygiène des mains dans son programme d'actions ; pendant la visite, un plan d'action a été décidé inclus au PAQSS, avec prévision d'un recrutement d'un binôme IDE/AS pour former tous les professionnels, mise en oeuvre d'un e-learning avec production d'une attestation de formation et évaluation par quick-audit. Les précautions standard et complémentaires sont connus et appliquées par les professionnels, avec toutefois un professionnel sortant d'une chambre d'isolement en dialyse qui portait une coiffe personnelle en tissu non recouverte d'une charlotte à usage unique conformément au protocole de l'établissement. Les prescriptions pour isolement en précautions contact sont tracées dans le DPI ; en dialyse, les patients sont isolés dans un box individuel. Le dépistage et la traçabilité dans le DPI des patients positifs à une Bactérie Multi Résistante (BMR) sont organisés. L'antibioprophylaxie encadrant les actes invasifs, est conforme aux protocoles de l'établissement actualisés en fonction des dernières recommandations de bonnes pratiques et adaptée à chaque type d'interventions ; le moment de l'injection de l'antibiotique est respecté et tracé dans le DPI. Le traitement et le stockage des dispositifs médicaux réutilisables sont assurés par des professionnels formés par un prestataire externe ; les étapes de la désinfection des endoscopes souples thermosensibles, des appareils de désinfection et de stockage sont tracées dans le DPI et dans le cahier de vie des endoscopes. Les résultats des contrôles des prélèvements microbiologiques et le suivi des indicateurs de prévention des infections sont connus des équipes ; la mesure des écarts de la pratique de désinfection par rapport aux recommandations a été récemment auditée par l'EOH (juin 2023). Les professionnels disposent et respectent les protocoles de pose et d'entretien des dispositifs médicaux invasifs (DMI), dont la date de pose est tracée dans le DPI et ils réévaluent la pertinence de leur maintien. Dans les secteurs interventionnels, les bonnes pratiques de gestion per opératoire du risque infectieux sont respectées. Les protocoles de préparation du patient sont appliqués et vérifiés avant l'acte interventionnel et les professionnels portent une tenue dédiée ; cependant il a été constaté en visite des professionnels sans masque ou porté en collier au bloc opératoire. L'EOH suit les infections post-opératoire et les ISO. Le suivi microbiologique de l'environnement, incluant la surveillance des générateurs et la qualité de l'eau de dialyse, est réalisé par des prestataires externes ; les indicateurs sont suivis et communiqués aux équipes et les événements indésirables analysés avec mise en oeuvre de plans d'actions en lien avec l'EOH. Les facteurs de risque de dépendance iatrogène liée au processus de soins de la personne âgée sont recherchés, prévenus et traités précocement avec traçabilité dans le DPI. L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées, sensibilise les équipes et donne accès gratuitement aux vaccinations, avec un taux de vaccination, connue des équipes extrêmement faible en ce qui concerne la vaccination anti-grippale. Le Centre de Radiologie et d'Imagerie Médicale hébergé dans la clinique réalise les examens de radiologie et d'échographie. Dans le DPI sont tracés, la justification de l'acte, le matériel utilisé et

la quantité de dose reçue au cours de la procédure. Les équipes maîtrisent les risques liés à l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) : le matériel d'urgence vitale est vérifié et conforme, la procédure connue des professionnels ; les sages-femmes tracent systématiquement les modalités de la délivrance, l'injection préventive d'ocytocine et la conclusion de l'examen du placenta. L'autorisation de sortie du patient en chirurgie ambulatoire est validée par un médecin et tracée dans le DPI. Le transport intra-hospitalier des patients est maîtrisé avec des professionnels formés, respectant les droits des patients et les mesures d'hygiène. Aucune équipe n'a pu présenter une démarche d'évaluation des résultats cliniques de leurs patients pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration ; en maternité, le recueil de données d'une évaluation de Pratique Professionnelle portant sur l'incidence du taux d'extraction instrumentale, plus élevée que la moyenne nationale est terminé, le plan d'amélioration restant à définir et en dialyse, un audit est en cours sur la prise en charge de la douleur lors de la ponction de la fistule en utilisant la bombe à froid. Les résultats de l'expérience et de la satisfaction des patients sont pris en compte, avec la participation des représentants d'usagers, pour améliorer les pratiques des équipes, notamment en utilisant la méthode AMPPATI (AMélioration du Parcours vécu par le PATient par Immersion), qui consiste à suivre un patient volontaire sur un segment de son parcours et recueillir son ressenti par observation et questionnaire, avec l'aide de la Structure Régionale d'Appui et la collaboration des représentants d'usagers ; elle est mise en œuvre dans l'accueil du patient dialysé dans le parcours Hémodialyse et dans l'accueil de la césarienne programmée dans le parcours maternité. Les commentaires des patient(e)s sont analysés avec des propositions d'actions, dont certaines mis en œuvre (communication de l'heure du passage au bloc pour les césariennes, localisation de la sonnette chez un patient aveugle en dialyse). En maternité, les résultats de la satisfaction et de l'expérience patient issues des indicateurs de la plateforme Maternys du CNGOF sont également exploités. Les professionnels améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats des Indicateurs Qualité et Sécurité de Soins (IQSS) ; les indicateurs sont affichés par service (« Zoom Qualité Sécurité ») et commentés dans les réunions de services. Cependant, des revues régulières de ces indicateurs en équipe ne sont pas systématiquement réalisées et des plans d'action d'amélioration ne sont pas systématiquement mis en œuvre et évalués, en particulier, en ce qui concerne l'indicateur ICSHA déjà évoqué. Les Événements Indésirable Associés aux Soins (EIAS) dont les presque-accidents sont déclarés par les équipes, qui les analysent rétrospectivement avec les responsables de service en Comité de Retour d'Expérience ou en Revue de Morbi-Mortalité, selon une méthode d'analyse des causes profondes de type ALARM, toutefois pas mise en œuvre systématiquement ; les plans d'actions d'amélioration mis en œuvre à la suite de ces analyses ne sont pas tous inscrits dans le PAQSS de l'établissement et suivis. Les modalités de réalisation de la check-list sécurité du patient au bloc opératoire et l'évaluation de son utilisation par les équipes sont analysées, des indicateurs de suivi définis font l'objet de plans d'actions d'amélioration mis en œuvre suite à l'analyse des résultats de ces indicateurs. Des actions d'amélioration de la qualité des résultats des examens de biologie médicale et d'anatomopathologie sont en place. Les délais de rendez-vous de réalisation des examens d'imagerie médicale et d'envoi des comptes-rendus sont analysés.

Chapitre 3 : L'établissement

La clinique Durieux et Centre d'Hémodialyse Durieux est le seul établissement de santé privé dans le bassin de vie Sud de l'île de La Réunion qui prend en charge conformément aux orientations du projet régional de santé déclinées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) contractualisé en 2020 pour une durée de 5 ans avec l'Agence Régionale de Santé La Réunion, les patients pour les activités autorisées en chirurgie (chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire, chirurgie des cancers en ORL, maxillo-facial et du sein), en gynéco-obstétrique, en cardiologie médicale, et, pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale en hémodialyse en centre pour adulte. L'établissement participe aux projets territoriaux de parcours, des conventions sont signées avec le Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Pierre pour les activités de recours (soins continus, réanimation, transferts mère-enfant, pédiatrie, traumatologie, repli en hémodialyse), pour les RCP en cancérologie et pour la recherche clinique. En hémodialyse, l'établissement travaille avec le centre de dialyse AURAR (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à la Réunion). La Clinique et Centre d'hémodialyse mettent en œuvre des prestations complémentaires dans le champ sanitaire et médico-social avec des partenaires identifiés : centre communal d'action sociale (CCAS) et assistantes sociales pour la gestion des patients en situation de précarité, dossier Trajectoire pour l'orientation des patients âgés ou en situation de handicap. La clinique et le centre d'hémodialyse participent à la coordination des parcours, ils sont membres de réseaux de soins en lien avec leur activité : réseau périnatal de La Réunion Repère, Dispositif Spécifique Régional du Cancer de la Réunion (ONCORUN), parcours de la Maladie Rénale Chronique. Ils ont établi des partenariats nécessaires à la fluidité des parcours avec les structures et acteurs de soins libéraux, en maternité (praticiens et sages-femmes, maison de naissance, service d'accompagnement du retour à domicile de l'Assurance Maladie PRADO), en chirurgie dans les programmes de Récupération Améliorée Après Chirurgie (médecins, Infirmières, kinésithérapeutes) et avec le dispositif PRADO, Appartement de Coordination Thérapeutique pour les patients en situation de fragilité sociale et psychologique nécessitant un suivi médical. Les relations avec les partenaires de l'établissement, en particulier les médecins traitants et les EHPAD, permettent d'éviter tout transfert immédiat des personnes âgées, si l'état du patient le permet. Les usagers et les professionnels de ville, hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre facilement l'établissement par téléphone ou à l'aide d'un formulaire en ligne sur le site internet de la clinique. Les professionnels peuvent échanger comptes-rendus et documents nécessaires au suivi médical du patient par messagerie sécurisée. L'établissement promeut la recherche clinique, deux essais cliniques sont en cours, en collaboration le CHU de Saint-Pierre (étude épidémiologique des cancers du sein à la Réunion, étude de prévalence et épidémiologie de préparation à l'épuration extra rénale). L'établissement promeut le recueil de l'expérience patient (PREMS) essentiellement à l'aide de questionnaires de satisfaction institutionnels par secteurs de prise en charge, en participant à l'outil national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients e-Satis, et en utilisant d'autres méthodes, en maternité la plateforme Maternys du CNGO ou la méthode AMPPATI de recueil approfondi de l'expérience patient en temps réel évoquée dans le chapitre 2. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et l'exploitation des résultats restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité, pour certaines déjà mises en œuvre (en service ambulatoire, amélioration de la collation et mesure de lutte contre la température trop froide en salle). La clinique ne mobilise pas les actions d'expertise des patients. L'établissement assure la bonne promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage ; le site internet de l'établissement comporte de nombreuses informations actualisées à l'attention du public et des usagers. Les plaintes et réclamations des patients sont présentées aux Conférences Médicales d'établissement (clinique

Durieux et centre d'hémodialyse MG Durieux) et à la Commission des Usagers (CDU) ; elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ; dans les situations difficiles, le recours des patients, des proches et/ou aidants au médiateur est proposé. La clinique et centre d'hémodialyse Durieux sont très attachés à la promotion de la bientraitance qu'ils ont inscrit prioritairement dans leurs orientations stratégiques et décliné dans leur politique des droits des patients ; les professionnels sont formés, le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes, les risques impactant la bientraitance sont identifiés et les conditions d'exercices des pratiques sont réunies pour assurer celles-ci à tous les moments de la prise en charge du patient. Les professionnels de tous les services sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance ; ils disposent de recommandations de bonnes pratiques et d'outils, accessibles dans la gestion documentaire, permettant le repérage, le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance. Le repérage annuel des situations de maltraitance dont ont été victime les patients vulnérables avant leur prise en charge est évalué annuellement ; toutefois, les cas de maltraitance ne sont pas recensés dans le PMSI. L'établissement ne répond pas totalement aux obligations réglementaires d'accessibilité aux locaux adaptés à toutes les formes de handicap : toutes les chambres ne sont pas accessibles aux personnes en fauteuil roulant, il n'existe pas de boucle d'induction magnétique permettant aux personnes malentendantes d'entendre les annonces et pas de fléchage adapté et d'annonces sonores pour les personnes malvoyantes (action d'amélioration évoquée après les recueil des données de la méthode AMPPATI sur le parcours dialyse). L'accès aux soins des personnes vulnérables est favorisé ; les professionnels connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge : assistante sociale, Aide Médicale d'État pour les ressortissants étrangers en situation irrégulière. Des interprètes sont disponibles dans la structure. L'accès du patient à son dossier répond à la réglementation. Les patients, dans des délais courts, peuvent accéder à l'innovation thérapeutique. Les représentants des usagers sont très impliqués au sein de l'établissement : ils sont des partenaires de la démarche qualité en participant aux instances, donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients, contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge ; ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables, des réponses aux questionnaires de satisfaction, des résultats d'e-Satis et participent aux évaluations entreprises. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, fondée sur les « lignes directrice du programme qualité institutionnel (PAQSS) » validées en CODIR en mars 2022, copilotée par la direction de l'établissement et les deux CME est élaborée, mise en œuvre, en association avec les représentants des usagers et évaluée par ces instances. Cependant, ces orientations, fondées sur une analyse globalisée, ne sont pas priorisées en prenant en compte certains résultats d'indicateurs qualité et sécurité des soins, notamment le score ICSHA. Des éléments de communication sont affichés dans toutes les unités de soins "ZOOM Qualité", spécifiant les données relatives aux événements indésirables dont les EIAS, les résultats des IQSS, les plans d'actions réalisés, les résultats des enquêtes de satisfaction, le programme qualité à venir. Toutefois, des professionnels ne connaissent pas les actions d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités et ne sont pas force de proposition pour de nouvelles actions. L'établissement soutient une culture de sécurité des soins qui a été récemment mesurée lors de campagne nationale organisée par la Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l'Amélioration des Pratiques en santé (FORAP) et la Haute Autorité en Santé (HAS). L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité de soins est pilotée ; un pool de remplacement en interne est disponible pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources. Les managers bénéficient de coaching. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux est assurée, l'organisation du temps de travail est mise en œuvre pour permettre un travail en équipe. Il n'y a pas dans l'établissement de professionnels qui développent des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipes mais plusieurs démarches de maintien des compétences. L'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels est assurée. Les compétences des professionnels sont évaluées à échéance réglementaire dans le cadre d'un entretien individuel permettant l'élaboration d'un programme de formation institutionnel ; toutefois, des programmes d'accréditation ne sont pas proposés aux équipes. Les professionnels rencontrés

pendant la visite identifient les questionnements éthiques auxquels ils sont confrontés : respect du secret professionnel, de la dignité et de l'intégrité du patient, accompagnement des situations de fin de vie, soins palliatifs... Le comité éthique de l'établissement a été récemment réactivé avec un règlement intérieur et une charte d'éthique professionnelle, des documents à l'intention des professionnels déposés dans la gestion documentaire ; mais le déploiement opérationnel n'est pas encore initié, un état des lieux des questionnements éthiques n'est pas réalisé et partagé avec l'ensemble des acteurs (professionnels, représentants d'usagers), les professionnels ne sont pas sensibilisés ou formés et il n'y a pas de cadre opérationnel permettant la prise en compte des problèmes éthiques. Une réunion du comité est planifiée pour avancer dans la démarche. Une politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) est formalisée dans les orientations stratégiques 2023-2027 de la clinique Durieux. La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des professionnels et l'élaboration, le suivi et l'évaluation de cette démarche ont été concertés avec les instances représentatives des professionnels. Au sein des unités, des réunions de service, des groupes de travail et des temps d'échange informel permettent de faire un diagnostic et de réaliser des actions améliorant les conditions de travail (réorganisation et aménagement du temps de travail, amélioration des locaux, plan d'investissement ergonomique, journée porte ouverte, cohésion d'équipe, sortie rando...). Les difficultés de relations interprofessionnelles, interpersonnelles et de conflits au travail sont discutées par les personnels et leur encadrement. En cas de conflits interpersonnels, des dispositifs d'écoute et de médiation sont en place avec le cadre et le Directeur des Ressources Humaines. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquelles il peut être confronté. Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE) a été actualisé en août 2023 ; les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement. L'Île de la Réunion étant confrontée au risque naturel cyclonique et d'éruptions volcaniques, le positionnement de l'établissement en cas de crise est connu, la mobilisation des ressources supplémentaires coordonnée avec les partenaires du territoire et les professionnels concernés par l'activation des plans de crise connaissent les modalités des alertes et de la mise en œuvre. Les dispositifs de mise en isolement pour risques infectieux sont prévus. Le système d'information est sécurisé, répond aux exigences du programme HOP'EN, prévoit des procédures dégradées, un plan de continuité et au niveau des équipes, un changement régulier des mots de passe pas systématiquement effectué, point d'attention à souligner. Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés auprès de l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) et les recommandations de cette agence mises en œuvre. Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident ou de cyber-attaque. La prévention aux biens et aux personnes est assurée ; le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel, les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés, les travailleurs isolés disposent d'un appel d'urgence. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont inscrits dans les orientations stratégiques 2023-2027. Les principaux risques environnementaux sont pris en compte et des mesures mises en œuvre : prévention des pollutions (réduction, triage et valorisation des déchets), gestion de la consommation d'eau et d'électricité (relamping), atténuation du changement climatique (isolation des combles et calorifugeage des canalisations). Dans tous les services de l'établissement, à l'exception du service d'hémodialyse, un numéro d'appel unique pour joindre un médecin habilité à intervenir en cas d'urgence vitale est affiché, connu par tous, immédiatement accessible ; pendant la visite, dans le service de dialyse, l'établissement a mis en œuvre le numéro d'appel unique avec affichage dans les deux unités du service et information des médecins et des soignants par le responsable du service. Des chariots d'urgence sont accessibles dans tous les services, complétés en ambulatoire et en maternité par des malles pédiatriques, dont la maintenance est assurée mensuellement par les IDE ; tous les professionnels sont formés aux gestes de première urgence (AGFSU). Les recommandations de bonnes pratiques cliniques, actualisées, sont diffusées et disponibles au sein des équipes ; en cancérologie, les Réunions de Concertation Pluri professionnelles (RCP) assurent pour chaque patient une prise en charge conforme aux dernières recommandations. L'adéquation des procédures aux recommandations de bonnes pratiques fait l'objet d'un travail en équipes ; cependant, les revues de pertinence

des admissions et des séjours ne sont pas systématiquement évaluées. L'établissement prend en compte le point de vue du patient, suite à l'analyse des questionnaires de satisfaction, du programme AMPPATI et des indicateurs Maternys, ainsi que décrit dans le chapitre 2, dans son programme d'amélioration de la qualité et mettent en place des actions d'amélioration qui sont connues des professionnels ; cependant les équipes ne connaissent pas les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en CODIR et avec les deux CME de l'établissement ; ils sont présentés à la CDU. Les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont inégalement connues des professionnels rencontrés en visite, malgré la présentation en réunion de service et l'affichage dans toutes les unités de soins des résultats et des actions mis en œuvre. L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Les professionnels connaissent les évènements indésirables associés aux soins dont les presque accidents déclarés dans leur service ; ils informent les patients ou leurs représentants des dommages imputables à cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Les évènements indésirables graves (EIG) font l'objet d'une analyse systémique des causes et sont déclarés sur le portail sanitaire des évènements sanitaires indésirables. Une synthèse des travaux d'analyse des EIAS dont les presque accidents et des résultats des plans d'actions mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée aux équipes. La Commission des Usagers est informée lors de chaque réunion des EIG dont les presque accidents déclarés par l'établissement. La gouvernance de l'établissement promeut le programme d'accréditation, dans les spécialités à risque présentes à la clinique, quelques médecins sont engagés dans une démarche accréditation. La HAS prononce une non-certification et encourage prioritairement l'établissement à : - maîtriser la prise en charge médicamenteuse (Dispensation administration des médicaments) - maîtriser le risque infectieux (application des bonnes pratiques d'hygiène des mains et des précautions complémentaires) - Poursuivre l'acculturation et l'implication des professionnels dans la démarche qualité et sécurité des soins pour mettre en place collectivement des actions d'amélioration s'inscrivant dans le plan d'actions suivi Une nouvelle visite sera programmée, au plus tard, dans deux ans.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- 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	970400271	SAS CLINIQUE DURIEUX	100 rue de France ZAC Paul Badre 97430 Le Tampon FRANCE
Établissement principal	970462073	CLINIQUE DURIEUX	100 rue de france Zac paul badre 97430 Le Tampon - La Reunion FRANCE
Établissement géographique	970404018	CENTRE D'HEMODIALYSE MG DURIEUX	100 rue de france 97430 LE TAMPON FRANCE
Établissement juridique	970403978	CENTRE HEMODIALYSE MG DURIEUX	100 rue de france zac paul badré 97430 LE TAMPON FRANCE
Établissement géographique	970404018	CENTRE D'HEMODIALYSE MG DURIEUX	100 rue de france 97430 LE TAMPON FRANCE

Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024

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	Oui
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	48
Maternité	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Gynécologie-Obstétrique	21
Ambulatoire	
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Médecine	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en Chirurgie	42
Nombre de places en hospitalisation partielle en Gynécologie-Obstétrique	0
Tout l'établissement	
Nombre de séances en hospitalisation partielle en Médecine	14,928
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	0
Nombre de places en Hospitalisation partielle en SMR	0
Activité Hospitalière SLD	
Soins de longue durée	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en SLD	0
Activité Accident Vasculaires Cérébraux (AVC)	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lits de l'Unité Neuro-Vasculaire (UNV)	0
Activité Hospitalière PSY	
Psychiatrie et santé mentale	
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation à temps plein	0

Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation à temps plein	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation à temps plein	0
Nombre de lit en Psychiatrie générale en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie infanto-juvénile en hospitalisation de jour	0
Nombre de lit en Psychiatrie en milieu pénitentiaire en hospitalisation de jour	0
Nombre Total de lit en Psychiatrie en hospitalisation de jour	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre de CATTP en Psychiatrie en milieu pénitentiaire	0
Nombre Total de CATTP en Psychiatrie	0
Nombre de CMP en Psychiatrie générale	0
Nombre de CMP en Psychiatrie infanto-juvénile	0
Nombre Total de CMP en Psychiatrie	0
Sites opératoires et salles d'intervention	
Chirurgie et interventionnel	
Nombre total de salles (d'intervention ou d'exploration) des sites (calculé)	9
Ambulatoire	
Nombre de salles dédiées à la chirurgie ambulatoire	0
Activité Hospitalière HAD	
Hospitalisation à domicile	
Nombre total de patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD	0

Annexe 3. Programme de visite

Nb	Méthode	Sous-méthode	Champs d'applicabilité	Description traceur
1	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité Chirurgie et interventionnel	
2	Audit système			
3	Traceur ciblé			greffe > NA
4	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
5	Audit système			
6	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Adulte Hospitalisation complète Maternité	
7	Audit système			
8	Traceur ciblé			Antibioprophylaxie
9	Traceur ciblé			Précautions standards avec ou sans dispositif invasif
	Patient		Tout l'établissement	

10	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
11	Audit système			
12	Audit système			
13	Traceur ciblé			endoscope
14	Traceur ciblé			Médicament à risque injectable
15	Audit système			
16	Traceur ciblé			Médicament à risque per os
17	Audit système			
18	Audit système			
19	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Enfant et adolescent Adulte Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
20	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
	Traceur ciblé			Médicament antibiotique injectable ou

21				per os
22	Audit système			
23	Traceur ciblé			patient couché vers bloc opératoire
24	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
25	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
26	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
27	Traceur ciblé			per opératoire
28	Traceur ciblé			EI
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Traceur ciblé			Précautions complémentaires avec ou sans dispositif invasif
32	Audit système			
	Patient		Tout l'établissement	

33	traceur		Programmé Patient en situation de handicap Patient âgé Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
34	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Patient en situation de handicap Adulte Ambulatoire Médecine	
35	Traceur ciblé			PSL
36	Patient traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Enfant et adolescent Ambulatoire Chirurgie et interventionnel	
37	Audit système			
38	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Patient atteint d'un cancer Patient âgé Adulte Hospitalisation complète Chirurgie et interventionnel	
39	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Ambulatoire	

			Médecine	
40	Parcours traceur		Tout l'établissement Programmé Pas de situation particulière Patient âgé Adulte Ambulatoire Médecine	
41	Audit système			

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

