



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

**MESURER**

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

---

**RAPPORT DE  
CERTIFICATION**

---

**ASSOCIATION DES  
INSUFFISANTS RÉNAUX  
DE LA RÉGION BEAUCE  
ET PERCHE**

56 rue des artisans  
28630 MORANCEZ



Validé par la HAS en Juin 2025

---

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://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 – Juin 2025

# Sommaire

---

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Chapitre 1 : Le patient	10
Chapitre 2 : Les équipes de soins	11
Chapitre 3 : L'établissement	13
Table des Annexes	15
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	16
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2025	17
Annexe 3. Programme de visite	21

# Préambule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**| ... et sur des méthodes**

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

## **| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres**

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

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

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

## **| Une décision et un rapport rendus publics**

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

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

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

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

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

# Décision

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

# Présentation

ASSOCIATION DES INSUFFISANTS RÉNAUX DE LA RÉGION BEAUCE ET PERCHE	
Adresse	56 rue des artisans 28630 MORANCEZ FRANCE
Département / Région	Eure-et-Loir / Centre-Val-de-Loire
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

**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	280000852	ASSOCIATION DES INSUFFISANTS RENAUX	56 rue des artisans 28630 MORANCEZ 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
Tout l'établissement

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

# Chapitre 1 : Le patient

Lorsqu'un patient est pris en charge par l'association, il reçoit des informations claires et adaptées dès le début de son traitement. Ces informations sont remises par le néphrologue. Un livret d'accueil contenant toutes les informations essentielles sur les services et les soins proposés par l'établissement, ainsi que les modalités de prise en charge lui est remis dès le début de sa prise en charge en dialyse. Les documents concernant la personne de confiance, les directives anticipées ainsi que les consentements au traitement, aux divers examens et au droit à l'image sont majoritairement retrouvés dans les dossiers complétés et signés. Le patient est acteur de sa prise en charge, il est sollicité pour la constitution de son projet de soins (séances, lieu, modalités de dialyse) Les informations nécessaires à la constitution du projet de soin personnalisé sont retrouvées dans les dossiers, cependant le projet n'est pas formalisé. Il n'est pas retrouvé d'informations spécifiques aux risques liés à la prise en charge en hémodialyse tel que, saignement de la fistule artérioveineuse, risques infectieux, risque de surcharge hydrique par exemple. La majorité des patients rencontrés disent ne pas connaître les représentants des usagers (RU) ou ne pas savoir comment les joindre. L'équipe fait appel aux équipes mobiles de soins palliatifs, le patient et ses aidants sont reçus et concertés en cas de prise en charge palliative. Deux représentants des usagers font partie de la commission des usagers (CDU), les réunions sont formalisées (deux patients dialysés sont associés aux réunions) Lors des réunions de la CDU les comités de retour d'expérience (CREX), revue de morbi-mortalité (RMM) et les plaintes sont présentés. Un cahier de recueil des doléances du patient est déposé chaque année dans l'entrée de chaque unité sur proposition des RU. Une enquête de satisfaction est réalisée. Une enquête Prem's Issue du programme ETP est réalisée en début de prise en charge. L'intimité et la dignité des patients sont respectées, des paravents sont disponibles ainsi que des boxes ce qui permet d'isoler les patients en cas de nécessité. Tous les moyens sont mis en œuvre pour garantir l'autonomie des patients quel que soit leur âge et leur niveau de dépendance, ils sont associés à la réalisation de leur séance d'hémodialyse (prise de pression artérielle, suivi de leur poids, compression veineuse après retrait des aiguilles ...) de plus des aides-soignantes accompagnent les patients dans tous les centres d'auto-dialyse. Les patients ne sont pas systématiquement vu en consultation privée par les néphrologues, les consultations sont réalisées au pied du lit du patient en salle de dialyse. Une évaluation de l'autonomie du patient est réalisée lors de la prise en charge puis renouvelée régulièrement de manière à adapter les aides dont il aurait besoin. La douleur est suivie et prise en charge, elle est évaluée à chaque séance, réévaluée en cas de besoin, des protocoles anticipés sont effectifs. La cible « douleur » dans le dossier informatisé du patient (DPI) permet un suivi par l'ensemble des acteurs de la prise en charge. Les aidants, les proches et les personnes de confiance peuvent, sur demande spécifique et organisée à l'avance être présent lors d'une séance de dialyse. Même si ces situations restent exceptionnelles, les équipes s'organisent afin que cette visite se passe au mieux pour le patient, les visiteurs et les autres patients. Les patients qui le souhaitent peuvent être accompagnés lors d'une consultation médicale avec le néphrologue. Des actions telles que « le café des aidants » ou l'invitation à la journée sport et santé permettent aux aidants d'accompagner au mieux les patients. L'établissement ne disposant pas de temps d'assistante sociale, il s'est organisé afin de former une aide-soignante aux diverses prises en charge existantes de façon qu'elle fasse le relais avec les assistantes sociales de secteur, notamment pour les situations de précarité sociale. Un cahier de liaison est mis en place en cas de nécessité afin de garantir la continuité de la prise en charge. Le projet de soins n'étant pas formalisé, les besoins du patient sont pris en compte de manière aléatoire et ponctuelle en fonction des situations qui se présentent. Les conditions de vie du patient sont prises en compte pour organiser sa prise en charge en dehors des séances de dialyse si l'environnement sociale du patient le nécessite.

## Chapitre 2 : Les équipes de soins

Les recommandations de bonnes pratiques sont retrouvées dans les différents protocoles existants dans l'établissement, connus des soignants concernés, ils sont appliqués dans l'ensemble des unités de l'établissement. Les réunions pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires ne sont pas organisées, il n'y a donc pas concertation pluridisciplinaire autour des cas complexes, les néphrologues se réunissent en concertation avec les néphrologues du centre hospitalier en dehors de la présence d'autres acteurs de la prise en charge. La concertation pluriprofessionnelle peut se faire au lit du patient en présence d'une infirmière et du néphrologue, cette situation ne permet toutefois pas d'appréhender les situations complexes en raison de la présence d'autres patients (dialyse en salle commune de 6 à 8 patients). Le néphrologue consigne sa visite dans le DPI toutefois on ne retrouve pas de synthèse pluridisciplinaire. Les prescriptions d'antibiothérapie sont justifiées dans le DPI du patient, elles sont réévaluées conformément aux bonnes pratiques. Les praticiens sont formés et peuvent faire appel à des expertises hospitalières en cas de besoin. Le dossier patient informatisé permet un accès aux informations concernant la prise en charge du patient par l'ensemble des soignants et ceci à tout moment et autant que nécessaire. Les accès au DPI sont sécurisés, chaque personne a un accès personnel et spécifique à son métier en termes d'écriture et de lecture des informations. Les professionnels sont formés et maîtrisent l'outil informatique. Les accès au dossier médical du patient (DMP) et au dossier pharmaceutique du patient ne sont pas opérationnels au moment de la visite, cependant l'accès au DMP est en cours de réactivation et l'accès au dossier pharmaceutique en cours de l'obtention d'un accès hors carte vitale. Le projet de soins personnalisé du patient n'est pas formalisé hormis dans le cas des patients pris en charge en hémodialyse à domicile où il est retrouvé et mis à jour autant que besoin. L'établissement a identifié le profil des patients nécessitant une conciliation médicamenteuse, toutefois celle-ci n'est pas effective faute d'accès au dossier pharmaceutique du patient et de temps dédié à la pharmacie. Les équipes ont recours à des expertises externes telles que l'équipe mobile de soins palliatifs, les correspondants antibiothérapie, l'hospitalisation à domicile par exemple. La télésanté n'est pas fonctionnelle dans l'établissement, un essai avait été réalisé sans succès au cours de l'année 2024. Les équipes s'organisent pour accompagner les patients en fin de vie en coordination avec les équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières. La lettre de liaison n'est pas systématiquement retrouvée dans les dossiers des patients. Un courrier adapté à la prise en charge en hémodialyse est envoyé annuellement au médecin traitant via la messagerie sécurisée du DPI. L'identification du patient en hémodialyse se fait via une photo présente dans tous les DPI, un bracelet est mis au patient en cas de décès mais pas en cas de transfert pour un examen complémentaire ou un transfert hospitalier. Les vigilances sont mises en place, les vigilants sont connus des professionnels, ils connaissent leurs missions via une fiche de poste spécifique. L'analyse pharmaceutique n'est que partiellement réalisée, en effet elle ne l'est que sur les médicaments fournis pour la séance et non l'ensemble des traitements pourtant prescrits par les néphrologues dans le DPI. Le DPI permet au pharmacien de notifier des remarques aux néphrologues qui sont invités via le DPI à y répondre, ce qui est constaté pendant la visite. La liste des médicaments à risque n'est pas adaptée à l'établissement car on retrouve sur celle-ci des médicaments non référencés au sein des services, on ne retrouve ni formation, ni sensibilisation du personnel infirmier à l'utilisation des médicaments à risque. Des médicaments à risque ont été retrouvés dans des boîtes « hors armoire à pharmacie » préparé en amont de l'utilisation par un personnel différent de celui qui l'administrera. Ce médicament à risque étant destiné en l'anticoagulation du circuit extracorporel de dialyse le personnel n'a pas jugé utile de respecter les règles de bonnes pratiques du circuit du médicament. L'ensemble des autres médicaments sont gérés conformément aux bonnes pratiques. Il n'est pas retrouvé de bilan thérapeutique dans les DPI en dehors de ceux des patients suivis au domicile. Le respect des bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains n'a pas

toujours été constaté, en effet du personnel à été vu auprès des patients avec vêtements à manches longues. Les précautions standards et complémentaires sont parfaitement maîtrisées, des boxes permettent l'isolement des patients qui le nécessiteraient. L'ensemble du personnel respecte les bonnes pratiques en matière de dispositif médical implantable (DMI) (cathéter d'hémodialyse) tous les éléments utiles au suivi et au maintien DMI sont retrouvés dans les dossiers. La dose de rayons reçus lors d'un examen avec rayonnement n'est pas toujours retrouvée dans les comptes-rendus. L'analyse des résultats cliniques des patients ainsi que les plans d'actions qui en découlent ne sont que partiellement retrouvés. Des enquêtes de satisfaction du patient sont réalisées annuellement, les résultats sont affichés et des actions sont mises en place, cependant les RU ne participent pas au recueil de la satisfaction du patient. Une enquête ProMs a été réalisée sur l'évaluation de la qualité de vie des patients en 2024. Des indicateurs qualité sécurité des soins sont mis en place et suivis par la gouvernance. Le suivi biologique des patients est réalisé par convention avec des laboratoires de ville proches des unités de dialyse, des échanges sur la conformité et la qualité des prélèvements et des résultats sont organisés à minima annuellement.

## Chapitre 3 : L'établissement

L'établissement est bien implanté dans le territoire, il est reconnu comme acteur de la prise en charge de l'insuffisance rénale, il participe à la prise en charge en amont de la dialyse, à la prise en charge en hémodialyse ainsi qu'au suivi des patients en post-greffe. Il ne participe pas aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) de son territoire. Les circuits courts ne sont pas formalisés, cependant les néphrologues appellent leurs collègues hospitaliers afin d'organiser dans les meilleures conditions la prise en charge des patients devant être hospitalisés. L'établissement est joignable dès lors qu'il y a du personnel présent, en dehors des horaires d'ouverture le patient est invité à joindre le néphrologue d'astreinte. Tous les documents patients ne transitent pas via la messagerie sécurisée. La gouvernance promeut et soutient le personnel désireux de s'impliquer dans la recherche clinique. L'ensemble du personnel est formé à la bientraitance et lutte contre la maltraitance, il sait, le cas échéant comment déclarer un cas de maltraitance. Les situations à risque de maltraitance sont recherchées. Les situations de handicap sont maîtrisées. Les modalités d'accès au dossier sont diffusées via le livret d'accueil. Un projet d'établissement est formalisé mais il n'y a pas de projet des usagers dans l'établissement. La démarche qualité n'est pas aboutie, on ne retrouve pas de cartographie des risques hors document unique des risques professionnels (DUERP), le PAQSS est partiellement complet et n'est pas mis à jour, certaines actions qui ne sont pas réalisées restent dans le PAQSS sans commentaires ni reprogrammation. Les actions issues des CREX n'y sont pas systématiquement retrouvées, ni suivies. On ne retrouve pas de réunions d'équipes pluridisciplinaires, seules des réunions de soignants (infirmiers et aides-soignants) sont organisées par l'encadrement en dehors de la présence des médecins. Certaines pratiques ne sont pas conformes aux bonnes pratiques (la fiche de poste des aides-soignants leur permet d'installer les circuits extra-corporels sur les générateurs). Une commission éthique est mise en place mais l'ensemble du personnel ne sait pas en restituer les actions et les missions. Il existe une grille d'évaluation des compétences infirmières utilisées pour valider les acquis lors de l'intégration dans l'établissement, cependant les entretiens professionnels ne sont pas mis en place, le personnel confirme ne pas être rencontré dans le cadre d'une évaluation. La gouvernance a mis en place des actions « qualité de vie et conditions de travail » (QVCT) avec des réunions visio les vendredis auxquelles participent les encadrants, la direction et les soignants. Les temps de trajet, le covoiturage sont prioritairement regardés en cas de besoin de mobilité, ce qui a été le cas le temps de la fermeture d'une unité de dialyse pour agrandissement. Le plan blanc est conforme aux exigences de l'ARS, il n'a cependant pas été élaboré collectivement mais uniquement par la gouvernance et il n'y a pas d'exercice de simulation de sa mise en place. Il n'y a pas de référent système d'information (SI) désigné en relais de la personne responsable du SI. On ne retrouve pas de formation à la sécurité informatique dans le plan de formation. Les risques environnementaux sont pris en compte dans l'organisation du travail et dans les investissements, cependant il n'y a pas de référent développement durable désigné. Le numéro d'appel en cas d'urgence vitale n'était pas conforme à l'attendu au début de la visite, l'établissement a rapidement prévu de corriger l'anomalie, les charriots d'urgence sont disponibles et contrôlés cependant l'ensemble du personnel n'est pas formé aux gestes d'urgence (AGFSU) (12 personnes ne sont pas à jour du recyclage AGFSU) et des exercices de simulation ne sont pas réalisés. La gouvernance mobilise les équipes autour des bonnes pratiques en y intégrant l'avis et l'expérience des patients, l'avis du personnel et des représentants des usagers qui émettent des recommandations que le personnel n'est pas toujours en capacité de citer. Les indicateurs qualité, sécurités des soins sont exploités et transmis à la CDU. Les événements indésirables (EI) sont déclarés, ils sont analysés par la gouvernance et le personnel concerné et font l'objet d'une enquête approfondie de type ORION, en fonction de la criticité de l'événement, celui-ci est ensuite examiné en comité de retour d'expérience (CREX) et fait l'objet d'actions d'amélioration qui ne sont pas

toujours retrouvées dans le plan d'action qualité sécurité des soins (PAQSS). La HAS prononce une certification sous conditions. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui suit cette décision. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à :? Sécuriser l'ensemble des étapes du circuit du médicament, particulièrement lorsqu'il s'agit de médicaments à risques. Sécuriser la prise en charge des urgences vitales. Impulser auprès des professionnels une culture de l'évaluation des pratiques, notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle. Mobiliser les équipes autour des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles. Impliquer les professionnels dans le plan de gestion des tensions hospitalières. Formaliser systématiquement le projet de soins. Garantir la maîtrise des risques numériques Une nouvelle visite sera programmée dans un délai de 6 à 12 mois.

# 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	280000852	ASSOCIATION DES INSUFFISANTS RENAUX	56 rue des artisans 28630 MORANCEZ FRANCE
Établissement principal	280502741	ASSOCIATION DES INSUFFISANTS RENAUX DE LA REGION BEAUCE ET PERCHE	56 rue des artisans 28630 MORANCEZ FRANCE
Établissement géographique	280006594	UNITE AUTODIALYSE NOGENT LE ROTROU	Avenue de l'europe 28401 NOGENT LE ROTROU FRANCE
Établissement géographique	280503848	ASSOCIATION DES INSUFFISANTS RENAUX REGION BEAUCE ET PERCHE - VERNOUILLET	15 rue charles peguy 28100 DREUX FRANCE
Établissement géographique	280504309	ASSOCIATION DES INSUFFISANTS RENAUX REGION BEAUCE ET PERCHE-CHATEAUDUN	3, rue du colonel Arnaud Beltrame Centre hospitalier 28200 Chateaudun 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	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)	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	Audit système	Leadership		
2	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
3	Audit système	Coordination territoriale		
4	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
6	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
7	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
8	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
9	Traceur ciblé	Gestion des évènements		El critique ou presque accident

		indésirables graves		
10	Traceur ciblé	Gestion des évènements indésirables graves		EI critique ou presqu'accident
11	Traceur ciblé	Gestion des produits sanguins labiles		NON APPLICABLE
12	Audit système	Engagement patient		
13	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
14	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable / Per Os ou un Antibiotique
15	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable / Per Os ou un Antibiotique
16	Audit système	Entretien Professionnel		
17	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
18	Audit système	QVT & Travail en équipe		
19	Traceur ciblé	Prévention des infections associées aux soins		Précautions standard et complémentaires
20	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé	

			Tout l'établissement	
21	Audit système	Risques numériques - Professionnels		
22	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable / Per Os ou un Antibiotique
23	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
24	Audit système	Risques numériques - Gouvernance		
25	Patient traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
26	Patient traceur		Ambulatoire Médecine Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
27	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
	Parcours		Ambulatoire	

28	traceur		Médecine Pas de situation particulière Patient âgé Programmé Tout l'établissement	
29	Parcours traceur		Adulte Ambulatoire Médecine Pas de situation particulière Programmé Tout l'établissement	
30	Audit système	Dynamique d'amélioration		
31	Audit système	Représentants des usagers		
32	Audit système	Maitrise des risques		
33	Traceur ciblé	Circuit du médicament et des produits de santé		Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable / Per Os
34	Audit système	Entretien Professionnel		

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

