



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 2026

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 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	20
Synthèse du chapitre 2	21
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	25
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	27
Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	29
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	30
Chapitre 3 : L'établissement	31
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	31
Synthèse du chapitre 3	32
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	35
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	36
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	38
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	39

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 de santé 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. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. 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. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elle est une certification globale et n'a pas vocation à évaluer spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

L'évaluation s'appuie sur un référentiel élaboré par la HAS en concertation avec les professionnels de santé, les organisations représentatives et les représentants des usagers... Ce référentiel, publié sur le site Internet de la HAS.

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 son accréditation pour son activité de certification.

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

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 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

Les critères évalués


Chaque établissement de santé est évalué sur des critères génériques, applicables à tous les établissements, et sur des critères spécifiques à son activité : secteurs à risques, population, mode de prise en charge, etc. En l'espèce, l'établissement a été évalué sur les critères génériques et sur les critères spécifiques suivants :


Secteur d'activité

 Chirurgie et interventionnel

 Maternité

Population

 Enfants et adolescents

 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

Pendant la visite, les évaluations s'appuient sur des méthodes définies par la HAS. En l'espèce, les experts-visiteurs ont :



Rencontré **6** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **4** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **13** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

- 2 évènement(s) indésirable(s) associé(s) aux soins
- 3 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 4 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **14** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

- Le management par la qualité et les risques
- Le positionnement territorial
- L'engagement des patients
- La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences
- La maîtrise des risques numériques



Observé les conditions générales de qualité et de sécurité des soins dans des services

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

- une décision de certification, valable 4 ans, qu'elle peut assortir d'une mention « Haute qualité des soins » ;
- une décision de certification sous conditions impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;
- une décision de non-certification impliquant une nouvelle visite dans un délai maximum de 2 ans ;

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

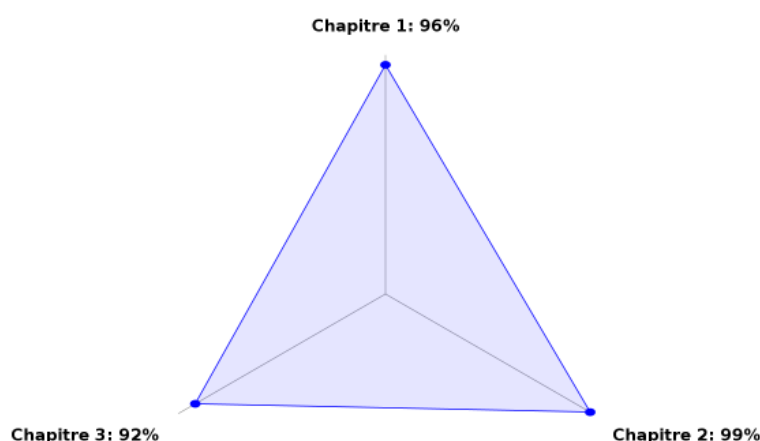
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs qualité et sécurité des soins (IQSS) ;
- la criticité des anomalies éventuellement constatées sur les critères impératifs ;
- les observations de l'établissement

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS a le plaisir d'attribuer la certification avec mention "Haute Qualité des soins", une distinction qui reflète l'engagement de l'établissement et des équipes dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

A l'instar du référentiel, les résultats quantitatifs et qualitatifs des évaluations se traduisent dans ce rapport articulé en 3 chapitres :

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. 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 aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième 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.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	96%
Chapitre 2	Les équipes de soins	99%
Chapitre 3	L'établissement	92%

Les résultats des critères impératifs et avancés

Le référentiel comprend des critères ayant des niveaux d'exigence différents :

- des critères standards qui correspondent aux attendus de la certification ;
- des critères impératifs qui correspondent à des exigences prioritaires ;
- des critères avancés qui correspondent à des pistes de réflexion pour améliorer la qualité et la sécurité des soins mais qui ne sont pas exigibles à ce jour. Ils correspondent aux potentiels critères standards de demain.

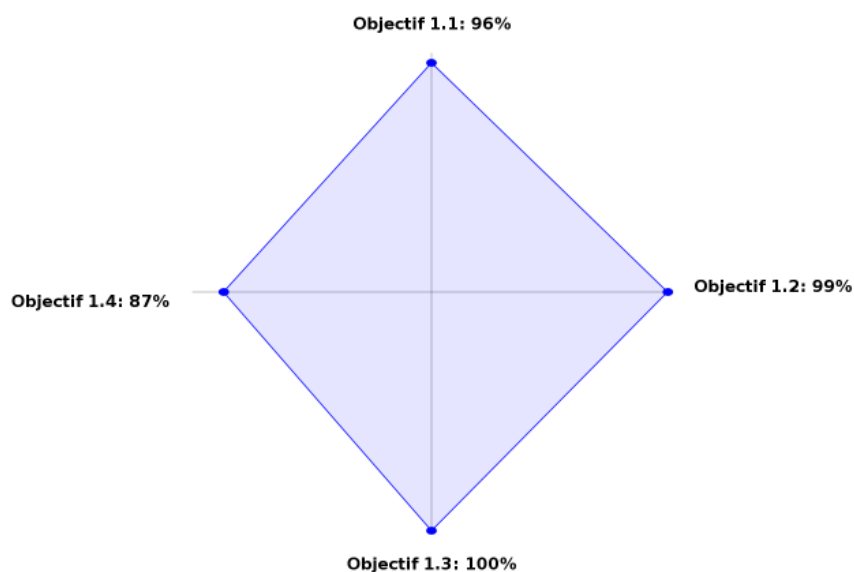
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	62%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	94%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **96%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	96%
1.2	L'information du patient	99%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	100%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	87%

Synthèse du chapitre 1

La Clinique Durieux accueille des patients en chirurgie, chirurgie ambulatoire, endoscopie et maternité (type I). Elle est située sur le même site que le Centre d'hémodialyse MG Durieux. Les conditions d'accueil et les pratiques professionnelles respectent l'intimité, la dignité des patients, la confidentialité et le secret professionnel. Les locaux sont adaptés à la prise en charge des mineurs, en particulier en salle de surveillance post interventionnelle. Les patients sont informés de leur prise en charge et de leur droit à rédiger des directives anticipées. En hémodialyse, ce recueil est renouvelé et réévalué annuellement. Toutefois, toutes les équipes ne sont pas formées à cette approche et ne bénéficient pas de ressource d'accompagnement interne ou externe. Par ailleurs, l'établissement n'a pas mené d'actions avec ses correspondants externes pour informer les patients en amont de leur hospitalisation. La douleur du patient est régulièrement évaluée à l'aide d'échelles adaptées à son état clinique et est prise en compte. D'une manière générale au cours de la visite, la bientraitance a été présentée comme une valeur forte des établissements, ce que confirment les patients rencontrés. Les professionnels sont sensibilisés à la bientraitance et à la prévention de la maltraitance notamment par le suivi de formations en présentiel et par e-learning. En maternité, la pratique du bain enveloppé a été transmise aux sage-femmes et auxiliaires de puériculture. De plus, la maternité est labellisée « Maternys » par le collège des gynécologues obstétriciens à partir de 12 critères de bientraitance. Les professionnels disposent par ailleurs de procédures décrivant la conduite à tenir en cas de signalement de maltraitance. Les établissements ne recensent que peu de décès (1 en 2 ans) et ne disposent pas de chambre mortuaire. En hémodialyse un transfert est organisé dans une chambre de la Clinique afin d'accueillir le défunt et sa famille. Une convention a été signée avec une entreprise de pompes funèbres et la municipalité pour améliorer cette prise en charge.

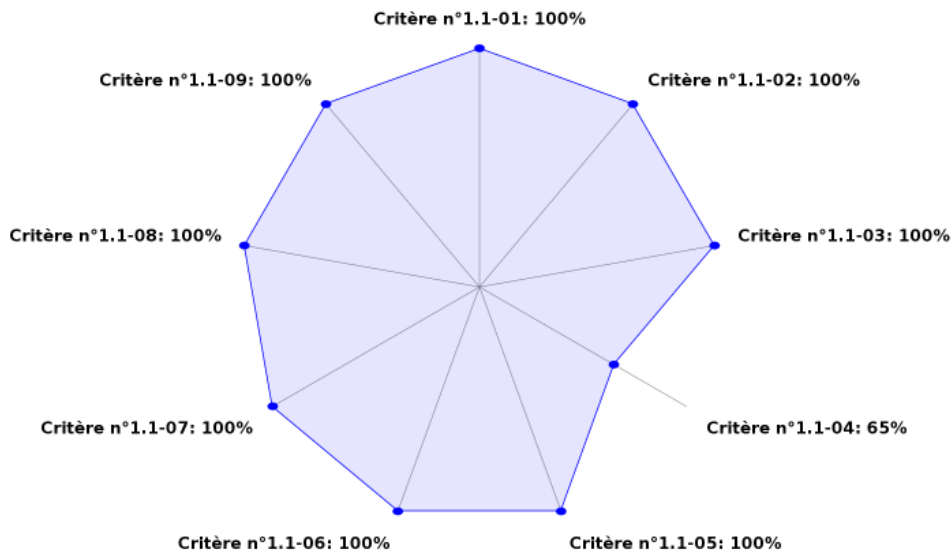
L'information du patient et son implication sont recherchées tout au long de sa prise en charge. Le patient reçoit à l'entrée un livret d'accueil adapté à sa prise en charge. Un « passeport » est remis en chirurgie ambulatoire. Toutefois, celui-ci ne contenait pas d'indications sur les signes d'alerte et conduites à tenir en cas de complications. Ce complément d'information a été apporté en cours de visite. En hémodialyse, les patients bénéficient de l'information pré-dialyse y compris la transplantation rénale. Tous les patients sont informés de l'alimentation du dossier médical partagé (DMP) et leur consentement est systématiquement recueilli.

Le projet de soins est défini à partir d'une évaluation initiale des besoins et des risques du patient. Le recueil du consentement du patient est systématique dans tous les domaines de prise en charge. La personne de confiance est désignée et tracée, sa signature est présente sur le document d'identification. Le projet de soins s'appuie sur des actions éducatives et des personnes ressources (diététicienne, sage-femme d'allaitement, infirmière de pratique avancée en hémodialyse, psychologue). Les établissements ne disposent pas de programme labellisé en éducation thérapeutique mais deux infirmières d'hémodialyse sont formées. Un atelier « zherbage » a été créé dans ce service pour informer les patients de la néphrotoxicité de certaines plantes. Une assistante sociale assiste également les patients en situation de précarité. La prise en charge des patients déficients auditifs fait appel au « réseau sourd santé » mettant à disposition des interprètes en langue des signes. Les proches et aidants sont associés avec l'accord du patient à son projet de soins. Leur présence est facilitée en dehors des heures de visite, en particulier lors de situations difficiles.

Si les documents remis au patient mentionnent la possibilité de déclarer un évènement indésirable, de déposer une plainte ou une réclamation et l'existence d'un médiateur, ces informations ne sont que rarement connues par les patients rencontrés. Les patients et leurs proches sont impliqués dans la vie de l'établissement. Leur satisfaction est évaluée à l'aide d'un questionnaire interne déployé dans tous les secteurs et par des questionnaires ciblés notamment en hémodialyse. L'expérience patient est recueillie par l'intermédiaire d'e-Satis, par les entretiens patients traceurs et par des rencontres régulières de patients en hémodialyse avec un représentant des usagers (RU) dédié à ce secteur. Les résultats sont analysés semestriellement par service, transmis aux équipes et aux RU. Des plans d'action d'amélioration sont identifiés et intégrés au programme qualité et sécurité des soins (PAQSS). Des questionnaires visant les résultats des soins (PROMs) sont déployés en chirurgie vasculaire, service dans lequel il n'existe pas encore de patient partenaire. Un patient greffé est associé dans la construction des parcours de soins en hémodialyse et intervient en soutien aux patients mais ne participe pas aux évaluations de pratique et démarches de retour d'expérience. Les trois représentants des usagers sont largement impliqués dans la vie de l'établissement et sont force de proposition. La Commission des Usagers (CDU) est active et se réunit une fois par trimestre, sa présidence est assurée par un RU. Y sont présentés les évènements indésirables graves, les plaintes et réclamations, les résultats des questionnaires de satisfaction, les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins ainsi que les plans d'action d'amélioration issus de leur analyse. Le projet des usagers est formalisé.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

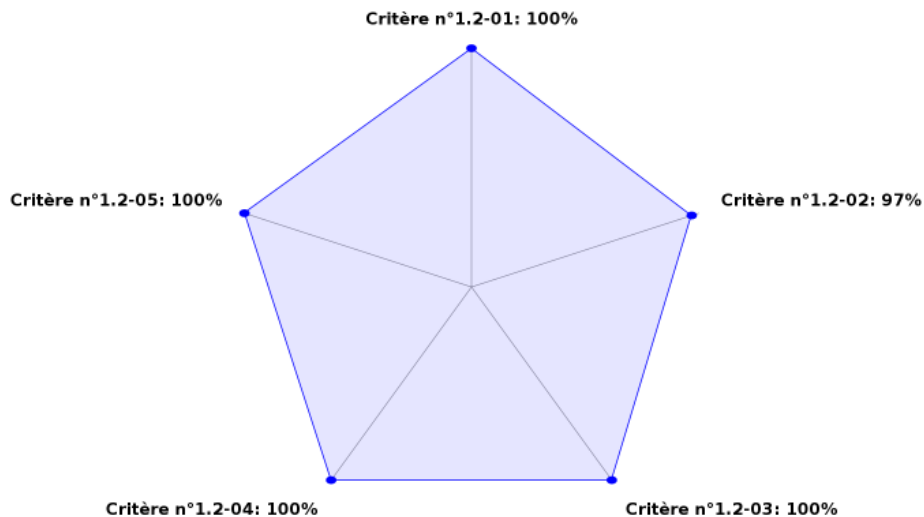
Score de l'objectif **96%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100%
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	65%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

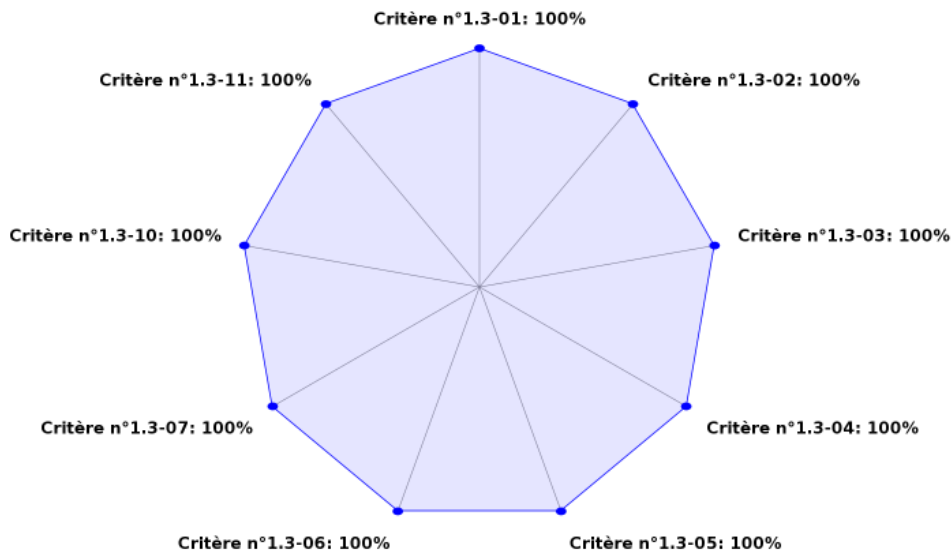
Score de l'objectif **99%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	97%
1.2-03	Le patient connaît les dispositifs médicaux qui lui sont implantés durant son séjour et reçoit les consignes de suivi appropriées.	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	100%

Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins

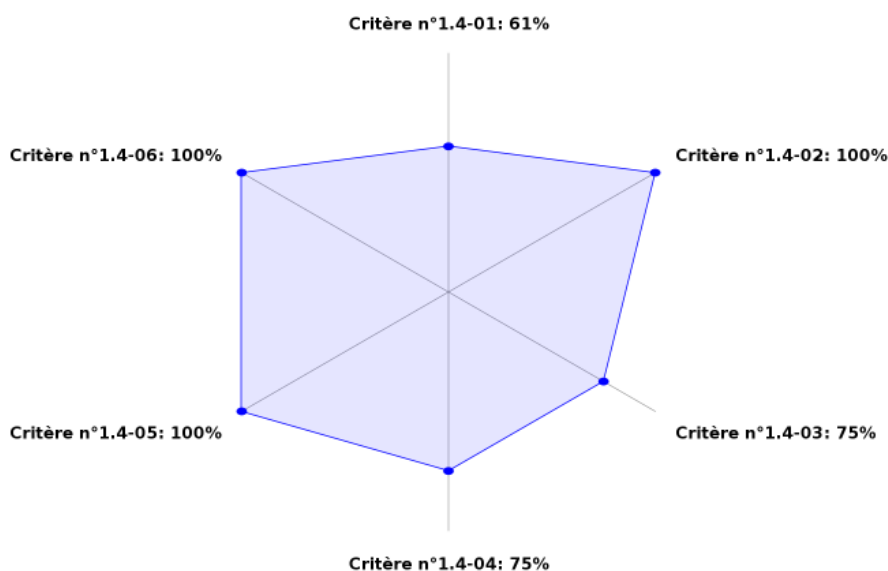
Score de l'objectif **100%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-06	Les liens familiaux, sociaux et scolaires du mineur sont préservés tout au long du séjour	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement

Score de l'objectif **87%**

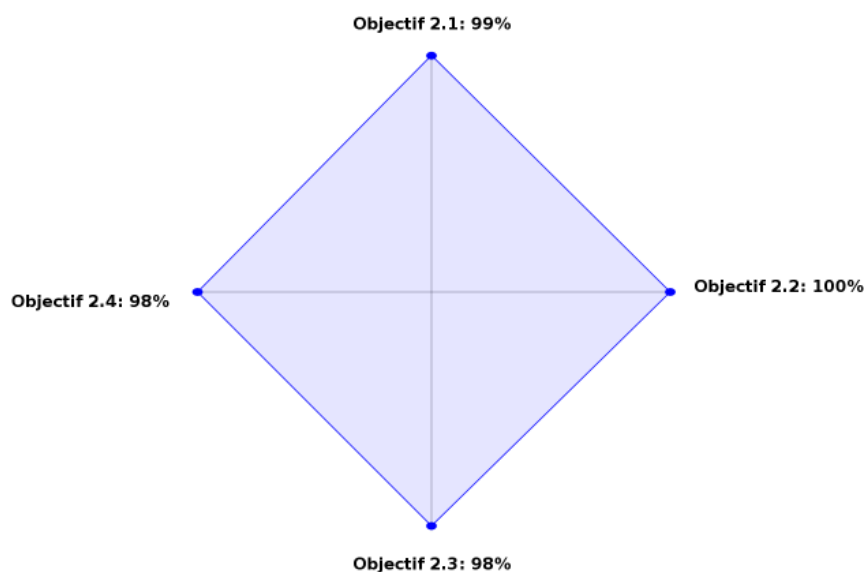


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	61%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	75%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	75%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **99%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	98%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	100%
2.3	La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)	98%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	98%

Synthèse du chapitre 2

La coordination entre tous les professionnels impliqués dans la prise en soins du patient est assurée dès la consultation. Le dossier du patient est informatisé (DPI) dans les deux établissements et contient toutes les informations utiles à la prise en charge. Le projet de soins est élaboré en équipe pluriprofessionnelle, incluant les soins de support. Le recours à des correspondants experts est possible en interne ou à l'extérieur de la structure : douleur, hygiène, antibiothérapie, soins palliatifs par exemple. La conciliation médicamenteuse est réalisée selon les bonnes pratiques en hospitalisation complète de chirurgie et en hémodialyse (rétroactive pour les anciens patients et proactive pour les nouveaux). Cinq infirmières ont été formées et sont associées à tour de rôle au recueil d'informations. La démarche palliative est mise en œuvre de manière coordonnée avec l'équipe du CHU de Saint Pierre et avec l'hospitalisation à domicile (HAD). Une psychologue est présente pour accompagner les équipes, le patient et ses proches. La prévention des troubles nutritionnels est assurée par un suivi régulier assuré par la diététicienne, en particulier en hémodialyse, en obstétrique et chez les personnes âgées. La charte de bloc opératoire décrit les modalités de coordination des professionnels pour une prise en charge sécurisée du patient en chirurgie et en endoscopie. Elle ne fait toutefois pas référence à la radioprotection et n'intègre pas l'activité césarienne. L'établissement a fait preuve de réactivité et apporté les correctifs attendus durant la visite. La fiche de liaison service-bloc-service est un des supports de coordination entre les secteurs. Elle a fait l'objet d'une évaluation et d'un plan d'action d'amélioration en chirurgie hospitalisation complète et en ambulatoire mais pas en obstétrique. Un audit de 18 dossiers de césarienne a été réalisé en cours de visite, l'analyse a été faite et le plan d'action défini. Compte tenu du délai de réalisation, celui-ci n'a pas été mis en œuvre. En obstétrique, les parturientes sont accompagnées dans l'expression de leur projet de naissance. Elles bénéficient d'un entretien systématique avec une sage-femme dès le 8^{ème} mois de grossesse. Un projet de naissance modèle est proposé à toutes les patientes dans le cadre de la labellisation Maternys. Cet entretien permet de dépister les situations de vulnérabilité présentées en staff médico-psycho-social hebdomadaire associant également les services de la protection maternelle et infantile. A La Réunion, un important réseau de sage-femmes libérales réalise le suivi des grossesses physiologiques ainsi que les entretiens pré et post natals et la préparation à la naissance. La continuité du parcours de soins à la sortie est assurée par la remise de la lettre de liaison à la sortie avec les conseils et explications nécessaires à la sécurisation du retour à domicile. Cette lettre a fait l'objet d'actions d'amélioration, comprend les éléments réglementaires et est versée au DMP.

Les risques liés aux pratiques professionnelles font l'objet d'une attention particulière. Les patients sont identifiés à l'aide d'un bracelet ou par l'intégration de leur photographie (avec droit à l'image) dans le DPI en hémodialyse. La stabilisation des effectifs de pharmaciens a contribué à la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament. La prescription est informatisée et conforme aux attendus réglementaires, elle intègre le traitement personnel du patient et les traitements prescrits entre les séances de dialyse. Les prescriptions conditionnelles font référence à une valeur seuil. La charte de bonnes pratiques de prescription médicale est évaluée tous les mois à partir d'indicateurs. L'analyse pharmaceutique est réalisée en hospitalisation complète de chirurgie, en maternité et en hémodialyse. Elle est évaluée à 90% de toutes les prescriptions et s'appuie sur les données cliniques et biologiques du patient. Les interventions pharmaceutiques sont prises en compte par les prescripteurs. La liste des interventions suite à une erreur de prescription est présentée en CME

et fait l'objet d'un plan d'amélioration intégré au PAQSS. Les risques de ruptures de stock sont anticipés ; en raison des délais d'approvisionnement dus à l'insularité, les stocks sont de 4 mois. L'approvisionnement et le stockage des médicaments dans les unités de soins sont définis, y compris pour les thermosensibles. La dispensation est globale et hebdomadaire sauf pour les stupéfiants, les médicaments dérivés du sang et une armoire de dotation en besoin urgent est disponible en maternité. Les bonnes pratiques d'administration des médicaments sont mises en œuvre. Une double vérification est réalisée en cas d'utilisation d'un dispositif de programmation (ex : PCA). La traçabilité de l'administration ou de la non-administration est effectuée en temps réel. Les médicaments à risque sont identifiés dans les différents lieux de stockage à partir d'une liste spécifique et affichée dans chaque secteur, ils sont connus des professionnels. Ces derniers ont été formés en interne par le pharmacien et disposent de plusieurs outils de sécurisation (fiche pédagogique pour chaque médicament à risque, règle des 5B, affichage de panneau sur les interruptions de tâches, guide de conservation des formes multidoses, guide de préparation et administration pour adulte et enfant...). Les événements indésirables en lien avec le circuit du médicament font l'objet d'un comité de retour d'expérience (CREX) après déclaration et analyse hebdomadaire par le bureau des fiches d'évènement indésirable (FEI). Les patientes en maternité sont engagées dans leurs soins et en particulier dans l'administration médicamenteuse par l'intermédiaire du « programme d'auto-administration de ses médicaments ». La qualité de l'eau en dialyse fait l'objet d'une surveillance régulière sous la responsabilité du pharmacien. La gestion du risque infectieux est identifiée comme un des axes d'amélioration prioritaires des deux établissements. Ainsi le Comité de Lutte contre les Infections Associées aux Soins (CLIAS présidé par un médecin anesthésiste depuis 1 an) a défini sa politique et structuré son organisation. Le relais terrain se fait par l'équipe opérationnelle d'hygiène, une IDE hygiéniste et 19 référents hygiène dans les services. Les équipes respectent les prérequis à l'hygiène des mains. La friction hydroalcoolique est privilégiée et de nombreuses formations et sensibilisations régulières sur l'hygiène des mains sont menées en direction des professionnels. La pratique est auditée tous les mois dans les services et fait l'objet d'une démarche d'évaluation des pratiques (EPP). Une enquête sur l'hygiène des mains perçue par les patients a par ailleurs été réalisée. L'indicateur ICSHA suivi mensuellement démontre une nette progression de la consommation depuis 2024. L'ensemble des précautions standard est respecté par ailleurs. Les précautions complémentaires d'hygiène font l'objet de protocoles connus des professionnels, leur mise en place est prescrite et évaluée. Une valisette contenant les fiches informatives des différents isolements est disponible dans chaque service. Les procédures concernant les dispositifs invasifs sont réactualisées périodiquement avec les équipes et la surveillance du taux d'infections lié à ces dispositifs est réalisée. Les bonnes pratiques transfusionnelles sont appliquées en particulier au bloc obstétrical, les hémorragies sévères du post partum immédiat donnent lieu à des revues de morbi mortalité (RMM), le taux de destruction des poches est suivi par ailleurs. La gestion de l'urgence vitale est organisée avec un numéro d'appel unique et connu des professionnels, un chariot d'urgence régulièrement contrôlé dans chaque secteur, adapté à la prise en charge des enfants au bloc opératoire. Les professionnels sont formés. Des exercices de mise en situation par simulation sont organisés et permettent d'évaluer les pratiques.

La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (secteur interventionnel, salle de césarienne située dans le bloc obstétrical, endoscopie) est assurée. La prise en charge anesthésique est assurée tout au long du parcours du patient et ce, depuis la consultation d'anesthésie. Ce temps est également dévolu à la prescription de l'antibioprophylaxie réalisée pour tous les actes de chirurgie selon le protocole en place, adaptée au profil du patient et à la spécialité. Cependant, cette prescription n'est pas retrouvée en

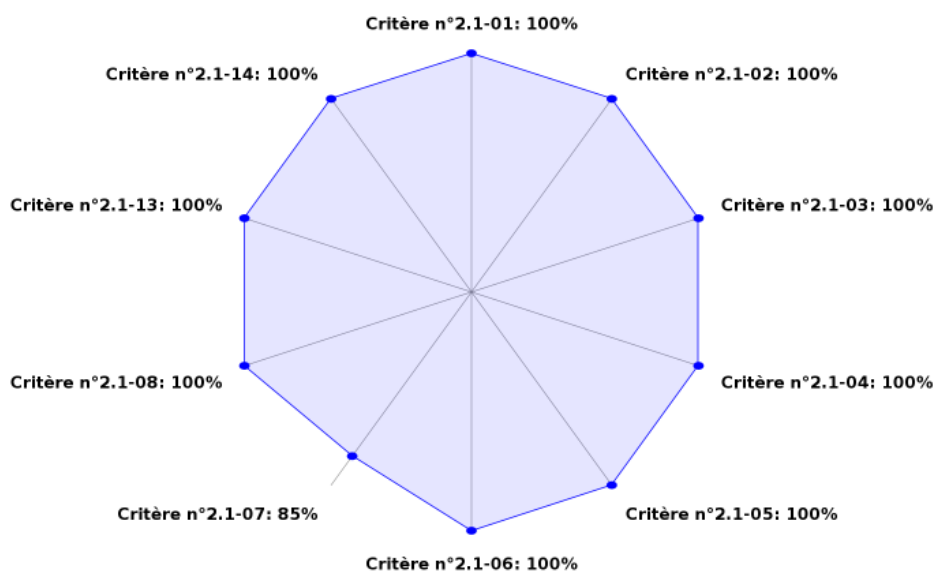
obstétrique concernant la césarienne programmée car la consultation obstétricale confirmant l'indication de césarienne est postérieure à la consultation préanesthésique. Un résultat d'audit de 17 dossiers a été présenté en cours de visite. Des actions d'amélioration ont été identifiées par la Clinique mais non encore mises en œuvre. La gestion du risque infectieux lié aux équipements et pratiques professionnelles s'appuie sur les recommandations de bonne pratique qui sont régulièrement auditées (exemple : préparation cutanée). Le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles a fait l'objet d'une visite de risque par le CPIAS en 2025. Les actions d'amélioration identifiées ont été mises en œuvre et en particulier celles concernant le traitement des cystoscopes souples. Il convient de noter que la gestion de ce risque est contenue mais se heurte à l'exiguïté du local de traitement des endoscopes. La check-list « Sécurité du patient », adaptée au secteur interventionnel, est informatisée et mise en œuvre. Elle fait l'objet d'une évaluation qualitative et quantitative. Elle est interfacée avec le logiciel de déclaration des événements indésirables qui s'ouvre systématiquement au cochage du « No Go » de la check-list OMS. La Clinique envisage d'étendre ce même lien aux check-lists endoscopie et césarienne par l'inclusion du critère « No Go » dans la check-list. Les mesures de prévention des risques obstétricaux et néonataux sont mises en œuvre dès la consultation sage-femme du 8^{ème} mois de grossesse qui permet un remplissage exhaustif du dossier informatisé de la patiente. De nombreuses formations par simulation sont réalisées annuellement en interne et avec le réseau périnatal : réanimation néonatale, manœuvres obstétricales (dystocie des épaules, accouchement en présentation du siège), interprétation du rythme cardiaque fœtal, gestion de l'hémorragie du post partum. Le bloc obstétrical dispose du matériel, régulièrement vérifié, et des conduites à tenir pour faire face à ces situations. La traçabilité de la prise en charge de la mère et du nouveau-né sont assurées dans le dossier patient. Elle concerne également le clampage retardé du cordon ombilical, la mise en peau à peau et la surveillance de la température du nouveau-né. Ces critères ont été évalués par audit, les résultats font l'objet d'un plan d'actions d'amélioration intégré au PAQSS.

La démarche qualité sécurité des soins s'appuie sur les recommandations de bonnes pratiques. Celles-ci ont été le support de la révision documentaire complète qui a accompagné la mise en place du nouveau logiciel de gestion documentaire. Cette réactualisation a fortement mobilisé les équipes médicales et paramédicales et a abouti à un grand nombre d'évaluation de pratiques professionnelles dans les domaines de l'hygiène, de la prise en charge médicamenteuse, des pratiques obstétricales, en hémodialyse... Des indicateurs d'alerte relatifs à la pertinence des parcours ou des actes sont définis ; par exemple : une évaluation de pratique professionnelle s'est intéressée au taux d'extraction instrumentale en obstétrique en comparaison avec le taux régional. Par ailleurs, les durées d'hospitalisation, taux d'occupation et taux de transfert font l'objet d'un suivi régulier. La pertinence des prescriptions d'antibiotique est argumentée et réévaluée. Elle fait référence aux recommandations de bonnes pratiques. Les praticiens peuvent faire appel en interne à un référent antibiotique qui dispose d'un diplôme universitaire d'antibiothérapie (le pharmacien) et à un référent externe infectiologue au CHU de Saint Pierre. Les praticiens ont été formés en interne et une convention est en cours de signature avec le CHU pour assurer sur place la formation et l'accompagnement médical. Les prescriptions sont systématiquement réévaluées entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure, les prescriptions dépassant ce délai sont argumentées. La conformité de ces pratiques est régulièrement évaluée. En parallèle, le suivi des consommations d'antibiotique et des infections du site opératoire est assurée par le pharmacien en charge également du suivi d'un ensemble d'indicateurs sur les prélèvements environnementaux (endoscopes, eau air surface ...). Les mesures de restriction de liberté sont

exceptionnelles, elles font l'objet d'une réflexion d'équipe avec recherche de mesures alternatives, d'une prescription et de réévaluations régulières. Les équipes sont engagées dans une réflexion autour des soins écoresponsables, en particulier au bloc opératoire et en hémodialyse. Néanmoins et à l'exception du coût des déchets d'activité de soins à risque infectieux, elles n'ont pas toutes connaissance des résultats de l'impact de cette démarche. Les équipes sont informées des résultats des indicateurs de pratique clinique qui les concernent lors de réunions de service et par voie d'affichage. Des actions d'amélioration sont élaborés en équipe, intégrés dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, avec des progrès objectivés (ICSHA et lettre de liaison par exemple). Par ailleurs, les écarts constatés lors des visites de risque du bloc opératoire et de l'endoscopie ainsi que ceux issus des précédentes inspections ont fait l'objet d'un plan d'actions d'amélioration intégrées au PAQSS. Un tableau de bord d'indicateurs est établi, leurs résultats et évolutions sont suivis en CME, COPIL Qualité Risque, CLIAS et CDU. Les non-conformités des activités de biologie et d'imagerie (activités externalisés) font l'objet d'une analyse collective des événements indésirables. Toutefois leur transmission à la Clinique peut accuser des délais conséquent (de l'ordre de plusieurs mois) retardant la mise en place des actions d'amélioration.

Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient

Score de l'objectif **98%**

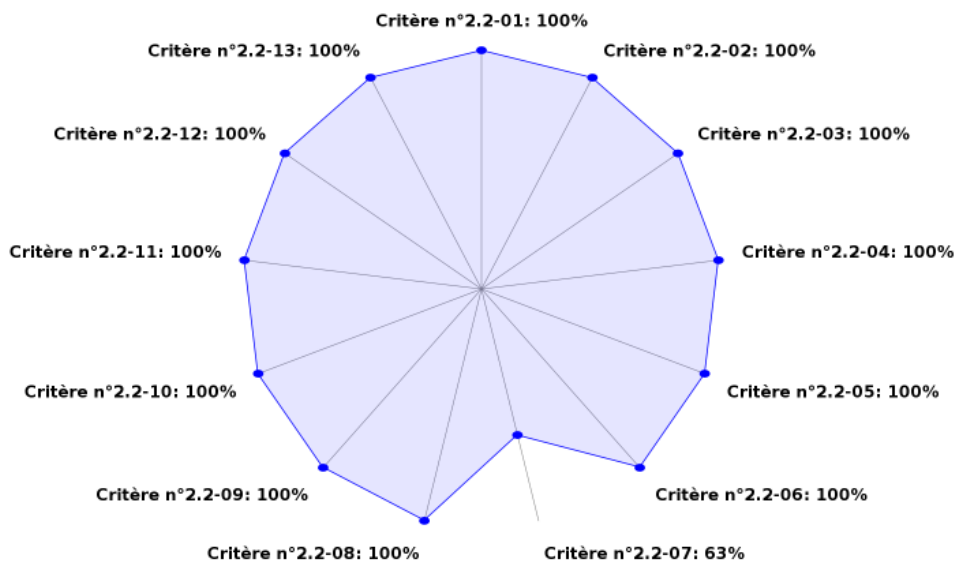


Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	100%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-07	Les équipes des secteurs interventionnels se coordonnent pour la prise en charge des patients	85%
2.1-08	Les équipes de maternité accompagnent les futurs parents pour l'élaboration d'un projet à la parentalité	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%

2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%
--------	--	------

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **100%**

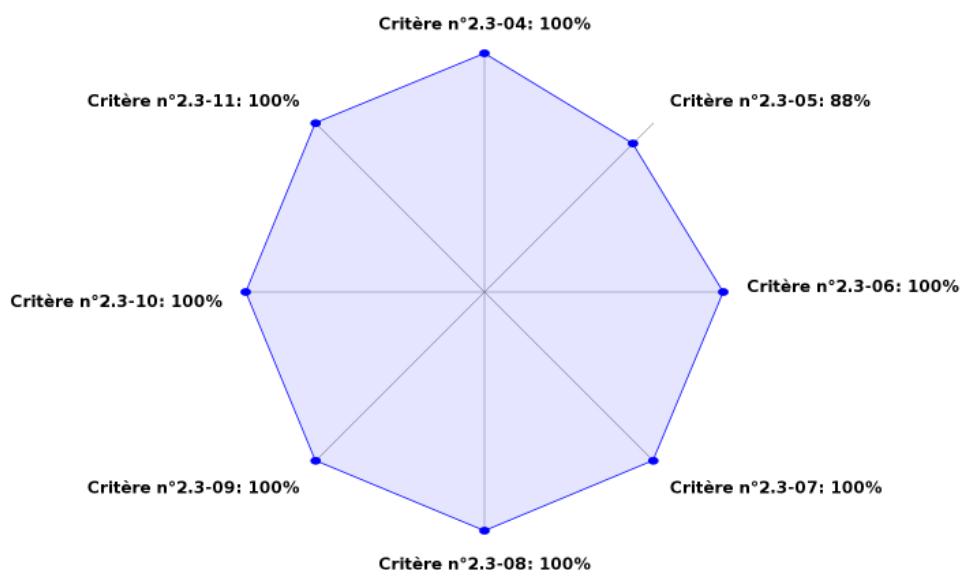


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	62%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

Objectif 2.3 : La sécurité dans les secteurs à risques majeurs (urgences, chirurgie et interventionnel, maternité, soins critiques, SAMU/SMUR, santé mentale et psychiatrie...)

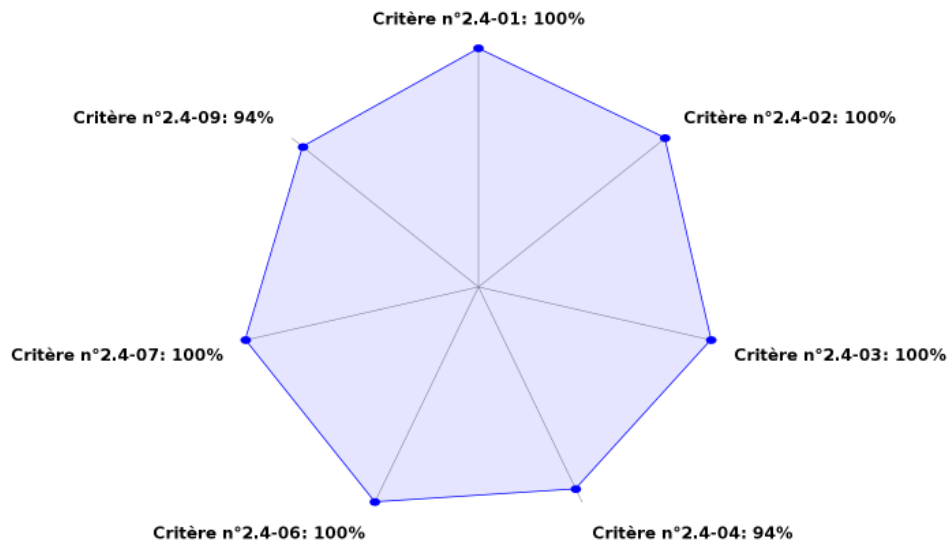
Score de l'objectif **98%**



Critères		
2.3-04	Les professionnels maîtrisent la prise en charge anesthésique des patients	100%
2.3-05	Les équipes maîtrisent les bonnes pratiques d'antibioprophylaxie liées aux actes invasifs	88%
2.3-06	Les équipes des secteurs interventionnels maîtrisent les risques, notamment infectieux, liés aux équipements et aux pratiques professionnelles	100%
2.3-07	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié au circuit des dispositifs médicaux invasifs réutilisables thermosensibles	100%
2.3-08	Les équipes sécurisent le parcours du patient en chirurgie ambulatoire	100%
2.3-09	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant les modalités de réalisation de la check-list « Sécurité du patient »	100%
2.3-10	Les équipes mettent en œuvre des mesures de prévention des risques obstétricaux majeurs	100%
2.3-11	Les équipes sécurisent la prise en charge du nouveau-né	100%

Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation

Score de l'objectif **98%**

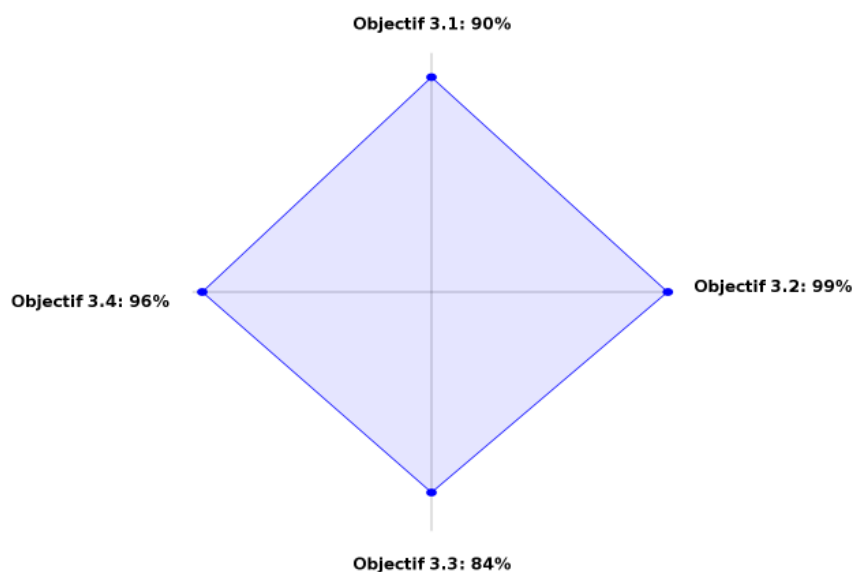


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	94%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-07	Les équipes des secteurs interventionnels améliorent leurs pratiques en analysant leurs indicateurs	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	94%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **92%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	90%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	99%
3.3	Le positionnement territorial	84%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	96%

Synthèse du chapitre 3

Depuis 2024, la démarche qualité et gestion des risques a fait l'objet d'une profonde réorganisation. La politique est formalisée selon 4 axes définis à partir des résultats des visites de certification, inspections, cartographies de processus, déclarations d'évènements indésirables associés aux soins, indicateurs et évaluations. Cette politique est suivie par la CME, le COPIL Qualité gestion des risques et la CDU. Elle est déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins priorisé par processus et connu de l'encadrement mais pas de tous les professionnels rencontrés. Une seconde évaluation de la culture qualité et sécurité des soins a été conduite en juillet et août 2025 avec le concours « d'ambassadeurs » terrain qui ont permis d'améliorer la participation des professionnels y compris médecins et fonctions support. Par ailleurs, les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité des soins : chambre des erreurs, bloc des erreurs, journée hygiène des mains... De plus, les responsables qualité sont très présentes sur le terrain, participent aux réunions de service, organisent un « café qualité » mensuel sur une thématique donnée. La gouvernance n'a pas participé à une rencontre de sécurité inspirée des méthodes promues par la HAS mais soutient le dispositif d'accréditation médicale des spécialités à risques : 25 médecins sont accrédités à titre individuel et une démarche est réalisée en équipe. Les évènements indésirables déclarés et les actions menées dans le cadre de ce dispositif sont articulés avec la démarche qualité et sécurité des soins de l'établissement. Les évènements indésirables associés aux soins (EIAS) et presque accidents sont déclarés dans le logiciel dédié, sont analysés en équipe selon la méthode ALARM avec le soutien de la responsable qualité et aboutissent à l'identification et à la mise en œuvre d'un plan d'actions d'amélioration. Selon le niveau de gravité, la déclaration est faite sur le portail de signalement des évènements sanitaires indésirables. Une synthèse des EIAS et des actions mises en place est présentée trimestriellement en CDU. Le plan blanc est formalisé, prend en compte les risques spécifiques de l'établissement, en particulier les risques naturels et sanitaires auxquels l'établissement est exposé. La survenue d'un à deux cyclones annuels et les épisodes récents de Chikungunia et de Dengue font l'objet d'un retour d'expérience au niveau local et régional et aboutissent à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Le déclenchement d'une crise par ailleurs testé annuellement. La démarche éthique est débutante : un état des lieux a été réalisé, la formation des professionnels a été initié, la charte du Comité d'Ethique est rédigée et sa composition est établie mais celui-ci ne s'est pas encore réuni et les professionnels ne disposent pas de recours interne ou externe en réponse à leurs questionnements.

La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences vise à garantir la sécurité de la prise en charge du patient. La continuité des soins est assurée par une présence et des astreintes médicales sur les deux établissements et une astreinte IDE en dialyse, un pool de vacataires infirmiers, le recours à des heures supplémentaires. Les indicateurs d'absentéisme et d'emploi temporaire sont suivis. Les nouveaux arrivants sont tutorés par des pairs et reçoivent en amont de leur arrivée toutes les informations utiles à leur prise de poste. De nombreuses formations en lien avec le PAQSS ont été mises en œuvre en 2024 et en 2025, en particulier une infirmière a été formée à la pratique avancée en hémodialyse. Les établissements organisent également des formations internes par simulation concernant l'urgence vitale. En obstétrique, les formations par simulation sont dispensées in situ par le réseau périnatal. Les responsables de service sont formés à la posture managériale, à la gestion des conflits et aux risques psycho sociaux par un organisme externe qui accompagne également les cadres

dans des ateliers de co-développement. Une formation à la communication et à l'information en cas de dommage associé aux soins a été dispensée au corps médical et paramédical. Une charte managériale a été finalisée en septembre 2025. Un référent harcèlement ainsi que des référents par service sont désignés. La qualité de vie au travail est prise en compte : une politique qualité de vie et des conditions de travail a été rédigée en s'appuyant sur les résultats d'une enquête relative aux risques psychosociaux menée par la psychologue du travail. Elle a abouti à la mise en place d'actions telles que le doublement de l'effectif du pool infirmier, l'augmentation de l'effectif en chirurgie ambulatoire, le recrutement d'une cadre coordinatrice des soins et d'un directeur médical et des soins. La mise en œuvre et le suivi ont été réalisés en lien avec le service de santé au travail et les 3 Comités Sociaux et Economiques. La politique a été élaborée à partir d'indicateurs et se fonde sur le document unique d'évaluation des risques professionnels et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Plusieurs dispositifs sont déployés afin de concilier vie professionnelle et personnelle, tels que la gestion des plannings sur trois jours, l'aménagement du self et du prix des repas, la possibilité d'acheter des plats à emporter à un tarif préférentiel, deux jours de congés supplémentaires, la possibilité de fractionnement de la cinquième semaine de congés payés, l'accès à une plateforme d'écoute psychologique. Les professionnels ont été formés à la gestion des conflits par un organisme externe, la médiation externe est assurée par la psychologue du travail mais tous les professionnels rencontrés ne connaissent pas ce dispositif. Le travail en équipe est favorisé par la synchronisation des temps de travail médicaux et paramédicaux, les retours d'expérience suite aux déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins, la mise en œuvre de programmes d'acquisition et de maintien des compétences par simulation et la labellisation en maternité. La gouvernance a soutenu la formation de l'IPA et l'accréditation médicale d'une équipe.

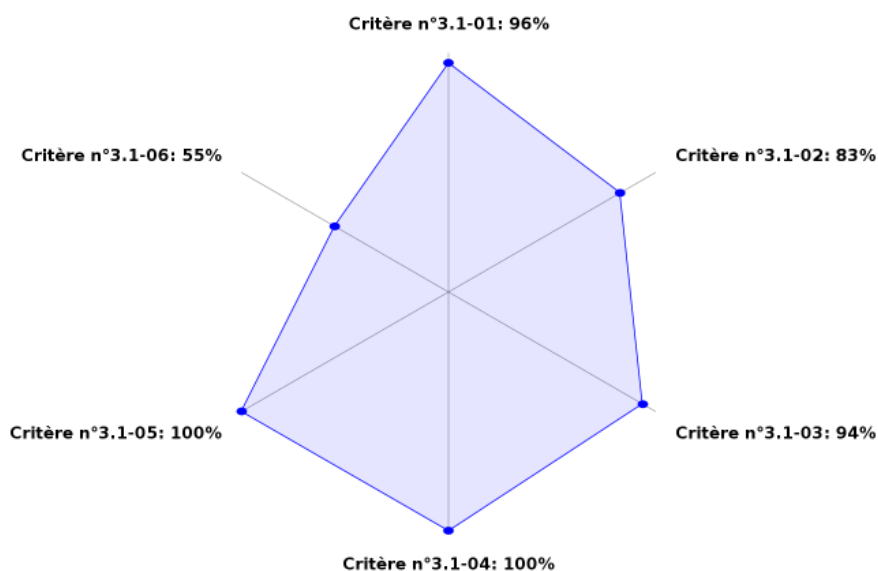
La Clinique Durieux et le Centre d'hémodialyse MG Durieux font partie intégrante de l'offre de soins du territoire. Les filières rattachées aux différents parcours sont identifiées et fluidifiées par la création d'un poste de cadre référent parcours et référent coordination territoriale. La coopération est formalisée par des conventions en particulier avec le CHU de Saint Pierre situé à proximité. Elles incluent le parcours maladie rénale chronique et la filière de greffe rénale. Dans ce domaine, l'établissement a passé des conventions de coopération pour l'auto-dialyse et la dialyse à domicile dont il ne dispose pas en son sein. La prise en charge des soins palliatifs se fait en articulation avec l'hospitalisation à domicile qui dispose de ces compétences. Par ailleurs, la Clinique est intégrée dans le réseau périnatal réunionnais. Les deux établissements contribuent à l'organisation de réunions intra-filières et participent au conseil d'administration de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé : CPTS Australe. Ils participent à l'organisation de réunions de morbi-mortalité du CPIAS et du Centre Hospitalier Ouest Réunion. Les patients sont orientés vers le parcours le plus adapté à leur pathologie, en particulier en cas de maladie rare. Les établissements ne disposent pas de centres de référence et de compétence mais la liste est disponible et connue permettant d'orienter les patients éligibles. Les établissements Durieux prennent majoritairement en charge des hospitalisations programmées en chirurgie, endoscopie et en dialyse. La prise en charge des patients non programmés est établie par convention avec le CHU de Saint Pierre, en particulier pour l'hémodialyse et la prise en charge des personnes âgées en gériatrie. Dans ce cas, le recours à la télémédecine permet d'éviter le transfert non programmé. Les établissements ont mis en place des moyens pour être facilement joignable par les patients, usagers et correspondants externes et ont évalué la satisfaction de leurs adresseurs. Les échanges avec ces derniers se fait par messagerie sécurisée. La gouvernance a formalisé, en octobre 2025, une politique de soutien à la recherche clinique et s'est engagée à valoriser cette activité par le versement d'un forfait incitatif de recherche aux

praticiens participants. Des indicateurs de suivi et d'évaluation sont définis. Pour l'heure, les établissements participent à des programmes de recherche initiés par le CHU, notamment en hémodialyse. La coopération est favorisée par l'intermédiaire d'un néphrologue partageant son temps de travail entre le CHU et le centre de dialyse MG Durieux. Une politique de formation est définie en lien avec les besoins des établissements et du territoire, cette politique est déclinée en actions internes mais non diffusée au niveau du territoire. Les cliniques accueillent de nombreux étudiants (dont IDE et AS), ceux-ci disposent d'un livret d'accueil générique, d'un encadrement de stage et des outils d'évaluation organisés par leur centre de formation mais il ne leur est pas demandé d'évaluation interne de leur stage, en conséquence aucun plan d'action d'amélioration n'est défini.

La stratégie développement durable (DD) est encadrée par une charte DD, un comité DD, un référent général pour les deux établissements et un référent par service. Un groupe de travail est actif sur la gestion et la réduction des déchets, des filières sont identifiées pour les différents types de déchets. Une réflexion relative aux soins écoresponsables est engagée concernant l'utilisation des sets à usage unique au bloc opératoire, elle est active en hémodialyse concernant l'utilisation des lignes de dialyse en diminuant le poids et les déchets. Une démarche est engagée dans le cadre de la prise en charge médicamenteuse (réduction du nombre de poche de perfusions versus per os). Les achats écoresponsables sont favorisés, en particulier par l'intermédiaire de la centrale d'achat des médicaments et produits de santé. Le référent DD accompagne les équipes pour atteindre les objectifs mais n'est pas connu de toutes les équipes rencontrées en raison de sa nomination récente. La télésanté est déployée sous différentes formes : télé-expertise en chirurgie vasculaire, télésurveillance en hémodialyse en lien avec les malades rénaux chroniques et en obstétrique dans le suivi du diabète gestationnel, téléconsultations en ophtalmologie. Cette activité n'a cependant pas encore été évaluée.

Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins

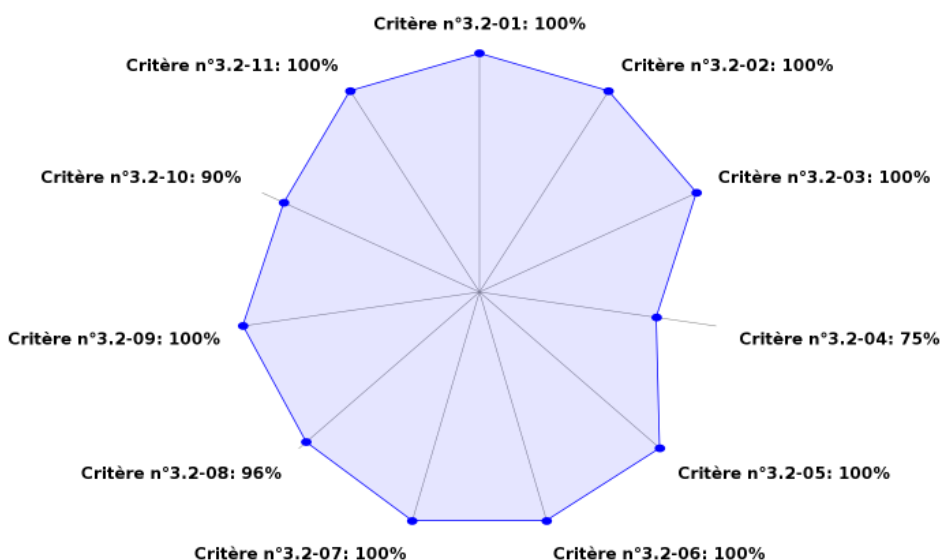
Score de l'objectif **90%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	96%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	83%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	94%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	55%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **99%**

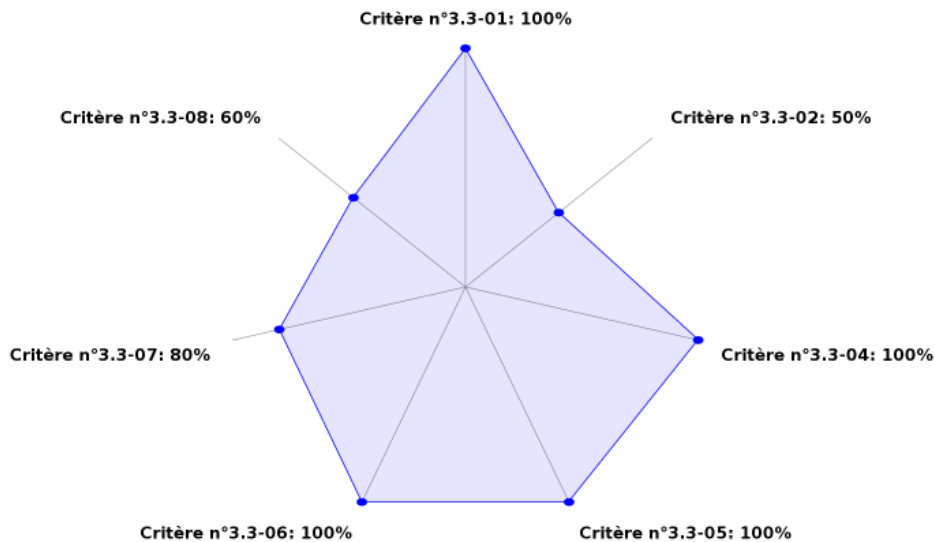


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	100%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	100%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	96%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	90%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	100%
--------	---	------

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

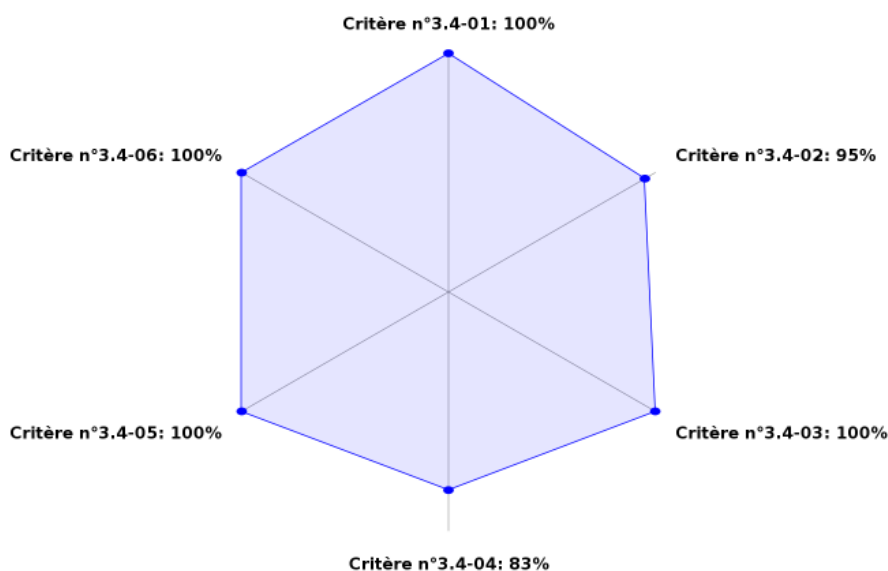
Score de l'objectif **84%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	100%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	50%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	100%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	80%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	60%

Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques

Score de l'objectif **96%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	95%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	83%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

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

