



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

ATIRRO-CENTRE AUTODIALYSE

18 bis rue guignegault
45000 ORLEANS



Validé par la HAS en Septembre 2024

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Septembre 2024

Sommaire

Préambule	4
Décision	7
Présentation	8
Champs d'applicabilité	9
Résultats	10
Chapitre 1 : Le patient	11
Chapitre 2 : Les équipes de soins	14
Chapitre 3 : L'établissement	18
Table des Annexes	22
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	23
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024	24
Annexe 3. Programme de visite	28

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 de l'établissement.

Présentation

ATIRRO-CENTRE AUTODIALYSE	
Adresse	18 bis rue guignegault 45000 ORLEANS FRANCE
Département / Région	Loiret / Centre-Val-de-Loire
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement privé à but lucratif

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

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	450001201	ATIRRO	18 bis rue guignegault 45000 ORLEANS FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

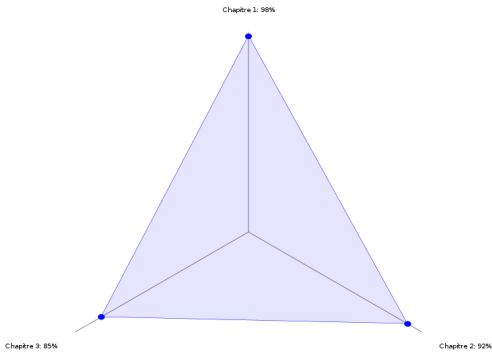
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

Champs d'applicabilité

Champs d'applicabilité
Adulte
Ambulatoire
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

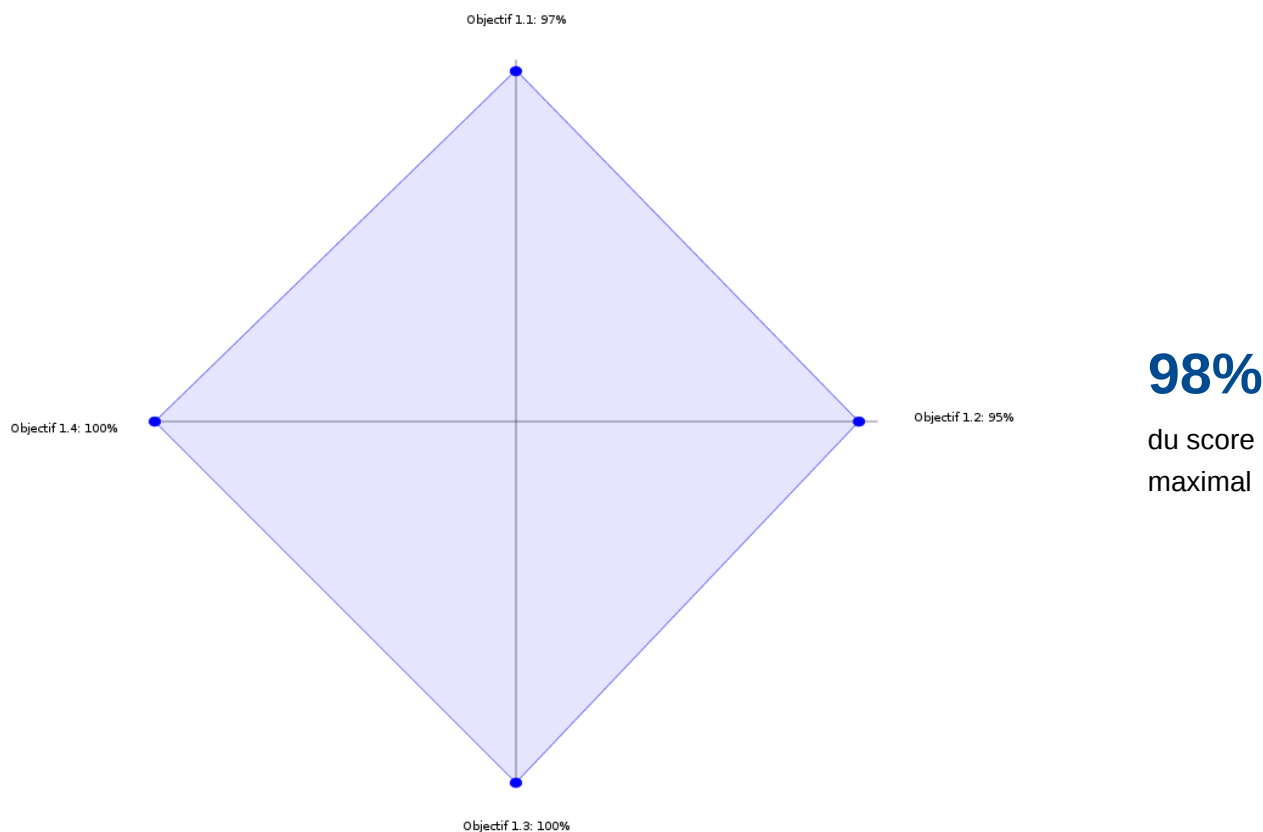
Au regard du profil de l'établissement,96 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient



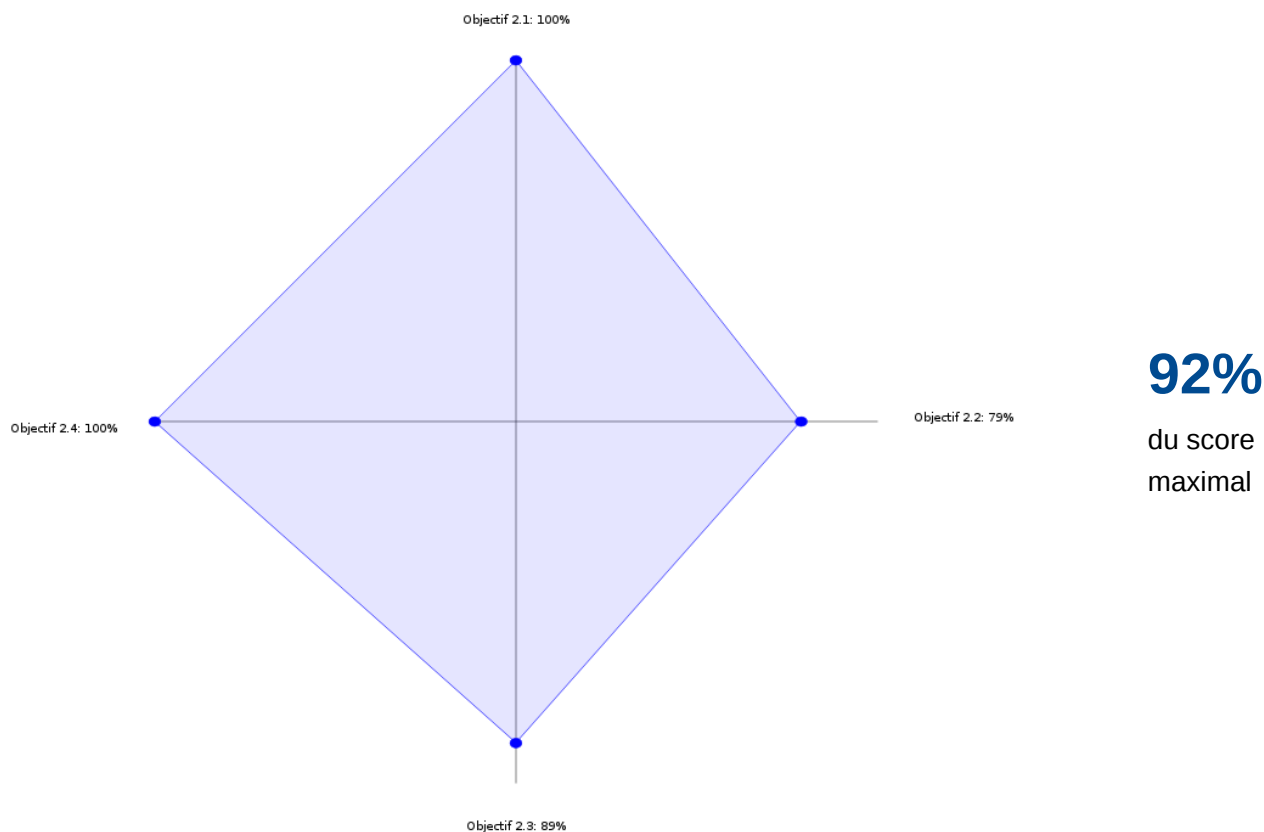
Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	97%
1.2	Le patient est respecté.	95%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

L'ATIRRO est un établissement privé à but lucratif qui, en partenariat avec le CHU d'Orléans, assure dans le Loiret le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale en proposant l'ensemble des techniques hors centre. Cette activité est assurée sur trois unités de dialyse distinctes (Guignegault, Les montées et Bellegarde) représentant plus de 130 patients en continu. L'établissement prend également des patients en charge au domicile (une vingtaine) pour lesquels il assure uniquement la logistique. Les patients sont majoritairement adressés par le CHU d'Orléans. Le patient reçoit une information initiale sur ses droits, les missions et le fonctionnement du centre lors d'un entretien d'évaluation de prise en charge et de préparation à l'admission, réalisé au CHU par la coordinatrice des soins de la structure. Les informations données s'appuient sur différents documents thématiques (ex : nutrition) et sur le livret d'accueil de la structure. Le patient est informé/

éduqué dès le début et tout au long de sa prise en charge sur de nombreux thèmes tels que la maladie rénale, les abords vasculaires, la nutrition etc. par le biais de dépliants. Un programme d'éducation thérapeutique aborde le contexte de la prise en charge et de la maladie en détails. Les informations sur son état de santé lui sont délivrées par les professionnels et les médecins tout au long de sa prise en charge, au décours des transmissions régulières ou en cas d'évolution significative. Les échanges avec les patients mettent en avant la qualité de l'information répétée au moment de l'admission. Ils ont permis d'identifier leur information concernant la personne de confiance, les directives anticipées, le rôle des représentants des usagers, le dispositif de signalement d'un évènement indésirable avec toutefois, une méconnaissance de l'utilisation possible du dossier médical partagé de mon espace santé et des modalités de communication par messagerie sécurisée. Le projet personnalisé de soins est élaboré en cohérence avec les volontés, les besoins et les attentes exprimés par le patient. Il est expliqué au patient pour être accepté librement et le rendre acteur dans cette prise en charge. Le recueil du consentement éclairé du patient (et éventuellement du refus de soins) est effectif, sa traçabilité est systématique. La désignation d'une personne de confiance est recherchée et tracée ainsi que le recueil de l'éventuelle existence de directives anticipées. Au sein des différentes unités, l'affichage est organisé, dès l'entrée, en plusieurs thématiques permettant notamment la diffusion des différentes chartes, des messages de santé publique et des résultats des indicateurs internes et nationaux. Le patient, en dehors de sa présence dans l'unité, dispose des informations nécessaires afin de pouvoir contacter son site de référence en cas de besoin. La nature de l'activité ne se prête pas à la mise en œuvre d'une démarche palliative. Toutefois, en cas de dégradation de son état, le patient est orienté vers une structure adaptée à son état de santé, sur un avis possible auprès de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU voisin. En ce qui concerne les directives anticipées, dès son entrée en traitement, le patient est informé de façon adapté et personnalisé sur son droit à rédiger ses directives anticipées. Le soutien du patient et de son entourage, dans les situations qui le nécessitent, est coordonné par les équipes vers différents champs d'activité : assistante sociale, psychologue, diététicienne. Quand elle est possible, la préparation de la sortie est effectuée en coordination médicale, paramédicale et/ou sociale, cette situation se vérifie particulièrement lors de la préparation de vacances des patients dans une autre région. Le projet de prise en charge, le recueil initial des données, le projet de soins et l'organisation des pratiques permettent le respect des libertés individuelles, de la dignité, de l'intimité des patients et de la confidentialité des informations médicales détenues, assurés lors des soins. Les professionnels sont particulièrement attentifs avec une écoute et une bienveillance de tous les instants exprimées par les patients. Des box individuels ou la possibilité d'isoler les patients, par le biais de cloisons mobiles entre les lits, permettent le respect de la confidentialité et du secret professionnel. L'identification d'un handicap est réalisée en amont et lors de l'admission. Tout au long du séjour, l'autonomie du patient âgé ou non est recherchée sans toutefois qu'une évaluation des patients de plus de 75 ans soit réalisée en systématique. Les moyens de compenser au moins partiellement les dépendances du patient, sont identifiés et transmis à des professionnels adaptés souvent extérieurs à la structure. Le recours à la contention mécanique ne fait pas partie des pratiques (aucun patient des dossiers consultés n'était concerné). Le recours à une contention est toutefois envisagé, incluant une prescription adaptée à la nature de la contention à mettre en place, une information du patient et une utilisation de matériel adapté. L'anticipation, le soulagement et la réévaluation de la prise en charge de la douleur relèvent de pratiques homogènes, effectives et systématiques sous l'égide d'un groupe de travail actif. L'anticipation du repérage de patient à risque douloureux ou susceptible de l'être est soulignée par les patients. Une évaluation régulière est effective dans les différents dossiers consultés. Des prescriptions anticipées sont prévues qui précisent les conditions à respecter en cas de besoin. L'implication des proches et/ou aidants est recherchée lors de l'entrée dans la prise en charge, notamment dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique délivré et en cas d'identification de tout bouleversement significatif. Avec l'accord du patient, les proches ou aidant sont associés au projet de soin avec des réponses adaptées et personnalisées. Les conditions de vie notamment sur le plan social et du handicap sont prises en compte avec l'intervention extérieure d'une assistance sociale dès que le besoin est identifié. Les équipes sont attentives à la conservation des liens sociaux du patient en lui permettant de décaler une

séance en cas de besoin ou d'organiser une période de vacances hors centre. La préparation d'une éventuelle sortie, le plus souvent pour une greffe ou en raison d'un état dégradé, est effectuée en coordination médicale, paramédicale et avec les partenaires extérieurs impliqués ou concernés. La satisfaction du patient est recueillie à partir d'un questionnaire de satisfaction délivré une fois par an, au cours d'une séance de dialyse.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	100%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	79%
2.3	Les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques	89%
2.4	Les équipes évaluent leurs pratiques notamment au regard du suivi des résultats cliniques de leur patientèle	100%

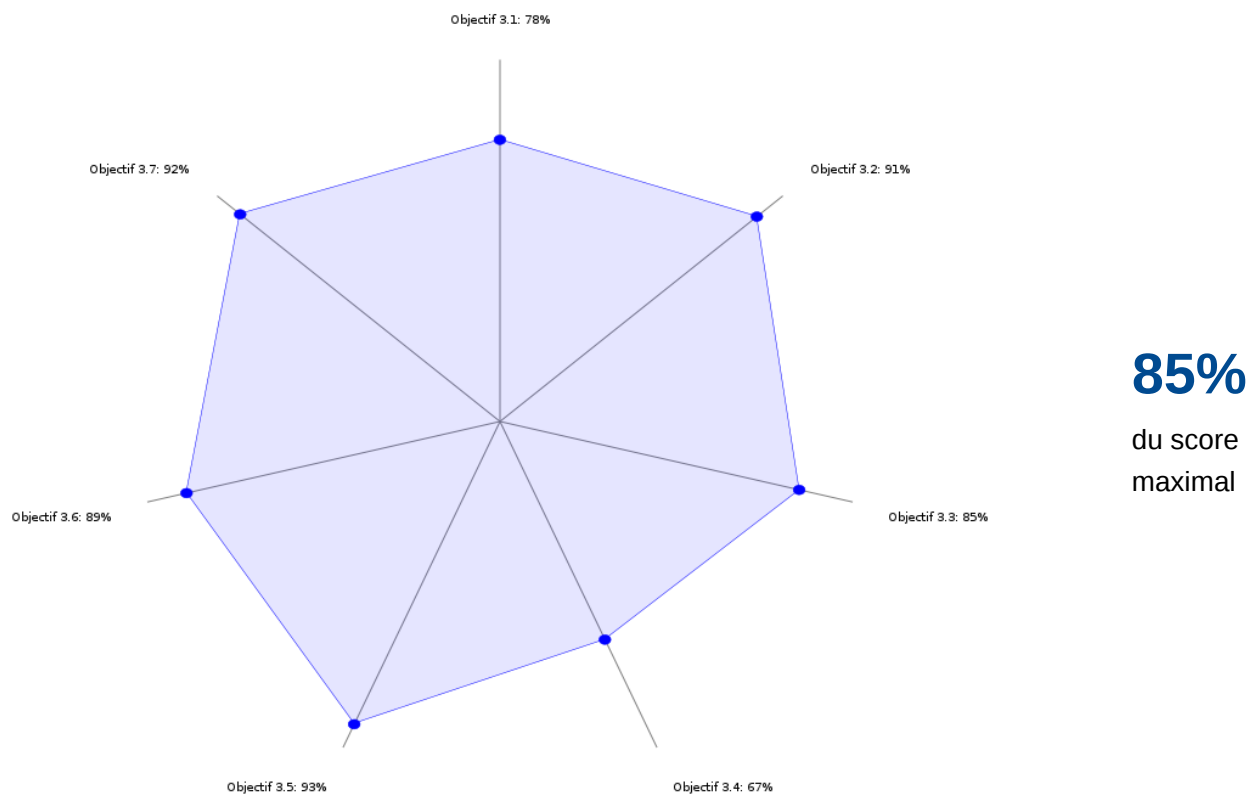
Les équipes médicales et paramédicales, s'attachent à une analyse de la pertinence des séjours, des actes et des prescriptions relevant des différentes prises en charge. La demande d'admission est recueillie en partenariat étroit avec le service de dialyse du CHU voisin. L'évaluation globale des besoins du patient est assurée (évaluation clinique, sociale et psychologique) lors de l'entretien d'admission menée par la coordinatrice des soins de la structure, avec la participation du patient et/ou de ses des proches. L'admission est validée avec les médecins de la structure. Une concertation pluridisciplinaire est réalisée pour toute situation complexe, en amont de l'admission. Un nouvel entretien est programmé lors de l'admission pour compléter ou renforcer les informations recueillies. Aucune mesure de restriction de liberté n'est de mise dans la structure, hormis une mise en précautions complémentaires. Dans ce cas, elle repose sur une prescription

médicale rédigée par le médecin référent du patient, évaluée durant le séjour et tracée dans le dossier patient informatisé. Les prescriptions d'antibiothérapie sont majoritairement réalisées par les médecins traitants des patients. Dans le cas de difficultés récurrentes à bénéficier d'un médecin traitant, il peut arriver que le médecin néphrologue prescrive une antibiothérapie. Dans ce cas, il s'assure de la justification de cette prescription ainsi que de sa réévaluation générée par une alerte automatisée du logiciel. En cas de besoin, les médecins peuvent faire appel à l'infectiologue du CHU voisin. L'établissement a déployé un logiciel dossier patient informatisé spécifique à son activité de dialyse. Ce logiciel métier est partagé avec le CHU voisin, accessible par tous les professionnels de la structure et regroupe l'ensemble des données médico-soignantes. Lors de l'admission d'un patient, l'établissement a accès au dossier partagé et initié au CHU qui en définit les droits d'accès, ce qui facilite le partage des informations. Une partie papier vient compléter ce dossier informatisé qui comprend les documents nécessaires à la prise en charge en particulier les impressions des feuilles journalières de dialyse et les documents administratifs (documents d'identité et de couverture sociale, désignation de la personne de confiance...). Ces documents papier sont identifiés au nom du patient. Il est relevé des redondances concernant la traçabilité des informations qui sont faites de premier abord sur papier puis réintégrées dans le DPI. Une réflexion est en cours pour scanner ou limiter une partie des documents papier. Le patient est bien informé de l'existence du dossier médical partagé disponible dans « Mon Espace Santé » et des modalités d'accès par la présence d'un chapitre dans le livret d'accueil ainsi que par des dépliants mis à sa disposition. Toutefois, l'alimentation du dossier médical partagé (DMP) de mon espace santé n'est pas promue. D'une part, l'accès au dossier médical personnalisé de mon espace santé n'est pas interfacé avec le logiciel du dossier patient informatisé, d'autre part, l'établissement n'a pas identifié de modalités autres d'alimentation (carte CPS par exemple) du DMP. De plus, l'établissement n'a pas identifié la liste potentielle des documents à déposer dans le DMP qui de ce fait ne sont pas connus des professionnels, qui n'ont également pas connaissance des modalités d'utilisation du DMP. L'établissement offre une prise en soins personnalisée autour des droits des patients. L'accompagnement est initié de premier abord en fonction des orientations données par l'équipe médicale de l'établissement adreseeur et des choix éclairés des patients. La mise en œuvre du projet de soins se fait lors des transmissions inter-équipes quotidiennes entre professionnels et médecins qui permettent de réévaluer le séjour et d'éviter toute rupture dans la continuité des soins. Les problématiques de prises en charge y sont abordées de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Au constat des difficultés à tracer et à mettre en valeur les évolutions du projet de soins au regard de celles des besoins et préférences des patients, dans le logiciel métier, un groupe de travail « projet de soins », est en pleine construction d'une évolution du projet de soins pour le rendre plus lisible dans le DPI. Il a déjà travaillé sur le paramétrage en test d'une future maquette informatisée non utilisée pour l'instant. Dans l'immédiat, toutes les évolutions, la surveillance et le suivi du patient sont traduits dans le dossier patient informatisé (DPI) par l'utilisation principale de transmissions ciblées. La coordination est également renforcée avec les professionnels de ville afin de partager l'ensemble des informations relatives aux patients, notamment par le biais d'un "cahier de liaison", dans l'objectif d'une prise en charge globale sécurisée. L'établissement a identifié les patients pour lesquels des difficultés d'observance du traitement sont identifiées comme population lui permettant de développer une conciliation médicamenteuse en cours de construction. Un ou deux patients test permettent de développer ce projet. L'établissement n'a pas vocation à assurer des prises en charge de patients en fin de vie. Les patients fragilisés sont adressés au CHU voisin, établissement de repli. Les équipes sont coordonnées pour initier une démarche palliative en concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire en s'appuyant, si besoin, sur l'équipe mobile de soins palliatifs disponible. Les réseaux de recours ou d'expertise sont identifiés et sont sollicités en cas de besoin. Des points réguliers sont réalisés avec, entre autres, Renaloo, France rein, l'agence de biomédecine etc... L'établissement peut faire appel en cas de besoin aux équipes de psychologie et d'assistante sociale du CHU. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, adreseeurs et l'organisation des séances (services de soins, de repli, ambulance, gestionnaire des déchets ...). Les prises en charge se font sous la forme de séjours répétés sur des périodes pouvant être très longues. Selon l'évolution du patient, une fin de prise en charge peut être

envisagée pour une période de vacances, une greffe, ou un éventuel repli. Des explications sont données rapidement au patient par les médecins en amont de cette décision, les transmissions d'information se font par l'intermédiaire des accès partagés au logiciel utilisé. Les dossiers des patients concernés par les parcours traceurs réalisés relevant d'un repli, ne font pas trace de lettre de liaison. Il est retrouvé un compte-rendu de consultation et/ou une fiche de liaison, communiquée à l'établissement de repli, comprenant une partie des attendus d'une lettre de liaison sans faire mention, notamment, du bilan thérapeutique entre l'entrée et la sortie, concernant en priorité les personnes vulnérables. Dans la plupart des situations, les équipes maîtrisent les risques liés à leurs pratiques. Les règles d'identification des patients et les vigilances sanitaires sont connues et déployées auprès des professionnels. L'établissement dispose d'une procédure de création d'un patient et applique les bonnes pratiques d'identitovigilance (recherche d'antériorité grâce à une fonctionnalité native du logiciel, vérification sur document d'identité). Les Identités Nationales de Santé (INS) sont qualifiées et permettent l'alimentation du dossier patient (DPI). Seules les secrétaires médicales réalisent l'appel au téléservice INSi à l'aide d'une carte CPX nominative, dès lors que l'identité est validée. Les documents d'identités et autres pièces nécessaires à l'accueil sont scannés et intégrés dans le logiciel DPI. L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur sous la responsabilité d'une pharmacienne, permettant l'approvisionnement des produits et médicaments spécifiques à l'activité, dont les règles d'usage, de vérification des dates de péremption et les modalités de stockage sont définies, formalisées et assurées. Les règles de conservation des produits relevant de la chaîne du froid sont en place (boîte isotherme, contrôle de la température, report d'alarme). L'établissement dispose, sur son site principal, sous la responsabilité d'une équipe logistique (2 magasiniers) d'une zone logistique organisée pour le stockage des dispositifs médicaux stériles et non stériles et sur chaque unité d'un local de rangement dédié aux dispositifs médicaux. Les modalités de rangement, d'identification, de vérification, de désinfection et de nettoyage, de contrôles périodiques, des flux d'approvisionnement, de l'hygiène sont définies et respectées. L'approvisionnement, le stockage et l'accès aux produits de santé sont réalisés conformément aux recommandations de bonnes pratiques. Les bonnes pratiques de prescription, de dispensation et d'administration des médicaments sont mises en œuvre, notamment pour les médicaments à risque qui sont définis (liste), identifiés et connus des professionnels formés à leur utilisation. Les prescriptions sont réalisées dans le logiciel métier ce qui permet à la pharmacienne de réaliser une analyse pharmaceutique de niveau 2, avec un accès au DPI du patient et aux résultats d'examens existants. L'établissement n'a toutefois pas développé d'accès au dossier pharmaceutique partagé. L'analyse et le bilan des différentes prescriptions, notamment celles réalisées par d'autres spécialistes médicaux, sont assurés et tracés par les médecins néphrologues afin de sécuriser la prise en charge médicamenteuse du patient. Cependant, les différents dossiers consultés n'ont pas permis de retrouver de bilan thérapeutique mettant en valeur la prise en compte du risque de discontinuité de la prise en charge médicamenteuse du patient vulnérable ou de la personne âgée. Le patient est informé oralement des consignes de suivi pour ses médicaments. L'établissement dispose d'une IDE hygiéniste dynamique sollicitée pour le bon respect des pratiques et les formations des professionnels (hygiène des mains, cathéter, DASRI...) et d'un CLIN actif. L'IDE hygiéniste est en lien actif avec les partenaires de différents réseaux en hygiène. Elle travaille également en lien étroit avec les techniciens de maintenance des générateurs pour s'assurer de la qualité du traitement de l'eau. Les professionnels connaissent les indications et respectent les bonnes pratiques de l'hygiène des mains. Au regard du dernier résultat non satisfaisant de son indicateur ICSHA, les équipes ont mené, avec un accompagnement de l'infirmière hygiéniste, un plan d'actions pour améliorer les pratiques. Une dernière estimation faite en 2024 montre une amélioration. Les risques transversaux liés à l'application des précautions adéquates (standards et complémentaires) sont maîtrisés (prescription dans le DPI, identification spécifique dans le DPI, mise en place de modules de soins adaptés, information du patient, mise à disposition d'un document explicatif). Les équipes sont formées, connaissent et appliquent les précautions standards et complémentaires dans toutes les situations qui le nécessitent. Les professionnels appliquent et respectent les bonnes pratiques de prévention, de pose et de surveillance liés aux dispositifs intravasculaires (Cathéter, fistule artérioveineuse...). Un groupe de travail « FAV » est là aussi actif. Les

professionnels disposent de protocoles adaptés, les date de pose et de changement sont tracées dans le DPI, leur maintien est évalué régulièrement. L'établissement assure la promotion annuelle des vaccinations obligatoires et recommandées notamment contre la grippe et donne gratuitement accès à la vaccination à ses professionnels. Les taux de couverture vaccinale des professionnels sont connus. Les équipes évaluent leurs pratiques au regard du suivi d'indicateurs qui sont analysés et ensuite communiqués aux professionnels de terrain et à l'aide d'évaluations régulières (audits, indicateurs, IQSS, évènements indésirables, analyses de pratiques professionnelles) avec la participation active des groupes de travail en place. Une communication sur les résultats et une analyse collégiale des réussites et des marges d'amélioration sont réalisées lors des réunions, en équipes et par voie d'affichage. Le recueil, l'analyse et la mise en place d'actions d'amélioration de la satisfaction des patients s'appuie sur un questionnaire proposé aux patients une fois par an. Il existe une réelle culture du signalement des évènements indésirables. Les équipes en maîtrisent la déclaration qui est informatisée et participent à leur analyse. Le retour d'information est assuré. Des analyses des causes profondes (REX) sont réalisées pour les événements indésirables significatifs s'appuyant sur une démarche connue et formalisée.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	78%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	91%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	85%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	67%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	93%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	89%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	92%

L'établissement s'appuie sur ses valeurs définies dans son projet d'établissement 2022-2027 pour donner du sens à la réalisation, à la motivation et à l'accomplissements des soignants et apporter une qualité de la prise en charge globale des patients. Les orientations stratégiques y sont définies en réponse à la stratégie nationale de santé, au plan santé 2022 et aux orientations stratégiques du Projet Régional de Santé de la région Centre

Val de Loire. L'établissement recherche une synergie avec tous ses partenaires, tant publics que privés, avec lesquels il collabore quotidiennement, afin de proposer aux patients les parcours de prise en charge les plus adaptés. Les modalités de communication avec les professionnels de ville sont définies et mises en œuvre afin de faciliter le partage d'informations relatives à la prise en charge des patients. L'établissement s'est doté d'une messagerie sécurisée. L'accès au ROR est actif sans qu'il soit complété à échéance régulière. Une messagerie sécurisée, connue et utilisée est déployée pour l'ensemble des professionnels de la structure pour les échanges avec les intervenants extérieurs. Cependant, l'établissement n'a pas mis en place d'indicateurs de suivi des usages ni réalisé de cartographie de ses usages non sécurisés de données de santé. Le recueil de la satisfaction du patient est réalisé périodiquement par le biais d'un questionnaire, les rares plaintes et réclamations sont traitées. Une démarche est en construction, en lien avec la CDU, pour recueillir l'expérience (Prem's) du patient à différents temps de sa prise en charge. Des patients experts sont identifiés et participent activement à la démarche d'éducation thérapeutique déployée. Les plans de formation 2023-2024 ne font pas mention de formation axée sur la communication centrée sur le patient. L'établissement veille à la bientraitance, ses orientations ont traduites dans l'axe 5 de son projet qualité et ses intentions dans une charte de bientraitance. Les professionnels viennent d'être à nouveau sensibilisés par une campagne d'affichage très récente, les dernières formations datent de 2016. La procédure en vigueur axée principalement sur le signalement a été ajustée pendant la visite pour détailler la conduite à tenir en interne et en externe. La gouvernance ne recense pas annuellement les cas de maltraitance. Les locaux sont accessibles aux personnes vivant avec un handicap, l'accès aux soins aux personnes vulnérables est favorisé, des interprètes sont disponibles dans la structure. L'accès du patient à son dossier est organisé et fait l'objet d'une information via le livret d'accueil. Un bilan annuel des demandes et de leur traitement est communiqué à la CDU. La CDU est dynamique avec 4 représentants actifs. Ces représentants donnent leur avis sur les actions d'amélioration concernant la vie quotidienne des patients, sont informés des plaintes et réclamations, des événements indésirables associés aux soins ou non, ainsi que des réponses aux enquêtes de satisfaction. Ils ont participé activement à la rédaction du projet des usagers, à la préparation de la certification et au projet architectural en cours. Il est prévu de les associer à une démarche éthique en réflexion et au déploiement des Prem's et Prom's. Même si la CDU est connue des professionnels, certains ne connaissent pas les représentants des usagers qui y participent et les objectifs poursuivis. Des patients associés aux représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement (instances, groupes de travail). Une réflexion éthique a été initiée entre 2014 et 2016. Un professionnel est titulaire d'un DU éthique. Toutefois, la réflexion éthique n'est pas développée, une commission éthique incluant la participation des représentants des usagers n'est pas en place. La gouvernance fait preuve de leadership et soutient la démarche d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins en mobilisant des moyens humains et matériels nécessaires. La composition de l'équipe qualité / risque (temps partiel dédié de 10h par semaine et missions qualité assurées par la coordinatrice des soins formée à la qualité) permet l'accompagnement des professionnels. La CME est impliquée dans la démarche. La politique qualité de l'établissement est un pilier de la stratégie déployée dans la structure. Cette politique qualité s'appuie sur une analyse globale des données existantes, traduite dans un plan d'actions. Ce plan d'actions est suivi, actualisé en continu et comporte un grand nombre d'actions en lien avec les problématiques et les objectifs prioritaires de l'établissement. Les actions d'amélioration engagées par l'établissement sont connues des professionnels. Une actualisation du plan d'actions global est réalisée en continu avec une concertation étroite entre la direction et les différents pilotes et une implication de la direction dans les actions qualité. Même si la direction promeut des valeurs, comportements et attitudes qui favorisent une culture bienveillante et sécuritaire, il n'y a toutefois pas eu d'évaluation de la culture sécurité des soins. L'établissement veille à l'adéquation des ressources humaines avec l'activité. La gouvernance porte une attention particulière au maintien des effectifs et au remplacement anticipé des professionnels pour les poses de congés annuels et les formations planifiées. Des dispositions transitoires sont prévues : entre-aide, heures supplémentaires, échanges d'horaires en cas de besoin. Les professionnels remplaçants disposent d'un accueil personnalisé, d'un livret d'intégration et d'une période d'encadrement moyenne d'un mois. La direction

porte une attention particulière à l'accompagnement de l'équipe d'encadrement qui a bénéficié récemment d'une formation à l'utilisation de la méthode Orion. Un coaching n'est pas envisagé. Le travail en équipe est favorisé. L'organisation d'échanges journaliers entre professionnels et médecins et de réunions programmées facilitent la synchronisation des temps de travail de cette équipe. Les professionnels rencontrés sont très impliqués dans des groupes de travail pérennes, maîtrisent les risques associés aux soins, participent activement à l'amélioration continue de la prise en charge des patients. La gouvernance veille auprès des professionnels à l'acquisition et au maintien d'une culture de sécurité des soins (même s'il n'a pas réalisé d'enquête spécifique) et de l'ensemble des compétences, via la formation continue et le développement professionnel continu des professionnels des équipes. Chaque professionnel bénéficie d'au moins une formation par an. L'accueil des nouveaux salariés est effectif, très structuré et adapté aux métiers. Un plan de développement des compétences annuel s'appuie sur les orientations priorisées (thématique, objectifs, population). Le projet ressources humaines du projet d'établissement fait mention de la qualité de vie au travail, traduite, pendant la visite, dans une politique plus détaillée. Une enquête "Qualité de vie au travail" a été réalisée ainsi qu'une évaluation des risques professionnels permettant de mettre à jour le Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels. L'établissement rencontre très peu de situations nécessitant la mise en place de gestion de difficultés interpersonnelles ou de conflit. Dès l'identification, d'un point d'accroche, un échange est réalisé avec les personnes concernées. En cas de besoin, un dispositif de soutien des professionnels est prévu. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. Le plan blanc et de gestion des tensions hospitalières a été remis à jour, il comporte l'ensemble des fiches opérationnelles. Il a été testé récemment lors du déclenchement d'un plan blanc au sein d'une clinique partenaire. Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions en cas de situation critique. La démarche de développement durable est formalisée dans une politique dédiée dont les actions sont en cours de développement. La prise en charge des urgences est activement développée grâce à un groupe de travail qui propose des sensibilisations, des simulations et des audits des chariots. Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions en cas de situation critique. La première intention est d'appeler le néphrologue s'il est présent. Sinon, un numéro d'appel unique permet de joindre le centre 15. L'établissement assure de suivi de la formation aux gestes d'urgence. Toutefois, l'établissement a planifié pendant la visite des formations FGSU non actualisées depuis un peu plus de 3 ans. Plusieurs sessions sont planifiées en juillet 2024 pour l'ensemble des professionnels. Les recommandations de bonnes pratiques sont disponibles auprès des professionnels. De façon globale et à l'échelle de l'établissement, la gestion globale des risques, le signalement, le traitement et l'analyse des événements indésirables, la veille sanitaire, les vigilances sanitaires et la gestion des plaintes et réclamations sont organisés selon un dispositif structuré et déployé auprès des professionnels. La directrice, la coordinatrice des soins et la responsable qualité à temps partiel développent les bases structurantes de la démarche qualité comme l'actualisation de la gestion documentaire, la tenue du plan d'actions (comportant, entre autres, des actions prenant en compte le point de vue du patient), le renforcement du signalement des événements indésirables, le retour d'expérience, la présentation des indicateurs et la communication auprès de l'ensemble des professionnels. Cette déclinaison se fait en partenariat étroit avec la CME et la CDU, toutes deux actives dans l'établissement. Les résultats des indicateurs de la qualité la sécurité des soins (IQSS) sont recueillis et analysés. Ils font l'objet d'une communication auprès des professionnels et des patients. Des actions sont identifiées à partir de l'exploitation des résultats, et intégrées au PAQ. Tous les professionnels de terrain peuvent déclarer les événements indésirables (EI) par voie informatique. Les événements relevés concernent majoritairement des problèmes organisationnels. Ces événements sont évalués en gravité pour être soit traités rapidement soit présentés en commission tous les mois. Un retour personnalisé sur le suivi de l'événement est également organisé vers le déclarant, via le dispositif informatisé. Les quelques événements associés aux soins signalés sont d'une gravité moyenne, l'établissement a toutefois prévu de réaliser un retour d'expérience sur les événements les plus complexes (réalisé en fin d'année 2023, prévu en 2024). Un bilan annuel est présenté en CDU, les représentants des usagers sont informés de la totalité des événements survenus ainsi que des actions

d'amélioration mises en place. La HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification pour 4 ans. Une nouvelle visite sera programmée dans l'année qui précède cette échéance. Dans l'intervalle, la HAS encourage prioritairement l'établissement à : Améliorer la coordination des prises en charge (redondances des informations du dossier, lisibilité du projet de soins, intégration du bilan thérapeutique dans la lettre de liaison). Mettre en place une réflexion éthique. Evaluer systématiquement l'autonomie des patients de plus de 75 ans. Finaliser la formation des professionnels aux gestes de première urgence.

Table des Annexes

- Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche
- Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 2024
- Annexe 3. Programme de visite

Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	450001201	ATIRRO	18 bis rue guignegault 45000 ORLEANS FRANCE
Établissement principal	450017694	ATIRRO-CENTRE AUTODIALYSE	18 bis rue guignegault 45000 ORLEANS FRANCE
Établissement géographique	450020698	A.T.I.R.R.O. AUTODIALYSE BELLEGARDE	42 Rue orleanaise 45270 BELLEGARDE FRANCE
Établissement géographique	450011549	ATIRRO CENTRE AUTODIALYSE	12 rue jean moulin Z.i montees 45000 ORLEANS FRANCE

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

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

Présence d'Unité de soins intensifs en cardiologie (USIC)	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	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	Traceur ciblé			Non applicable
2	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
3	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
4	Audit système			
5	Audit système			
6	Audit système			
7	Audit système			
8	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
9	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique	

			Programmé Tout l'établissement	
10	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
11	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
12	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et antibiotique per os
13	Audit système			
14	Audit système			
15	Traceur ciblé			EI critique ou presque accident
16	Audit système			
17	Audit système			
18	Audit système			
19	Traceur ciblé			Précautions standard et complémentaires
	Patient traceur		Médecine Ambulatoire	

20			Adulte Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
21	Audit système			
22	Traceur ciblé			Prescription d'un patient intégrant, a minima, un Médicament à risque injectable et antibiotique per os
23	Audit système			
24	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
25	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
26	Audit système			

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

