



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

A.U.R.A.R

71 rue des navigateurs cs 11018
97434 ST PAUL



Validé par la HAS en Février 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 – Février 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	13
Chapitre 3 : L'établissement	16
Table des Annexes	20
Annexe 1. Liste des établissements géographiques rattachées à la démarche	21
Annexe 2. Synthèse des activités réalisées par l'établissement en 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

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé mobilise plusieurs méthodes d'évaluation :

- des patients traceurs pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient dans

en équipe et la culture qualité et sécurité au cours d'un parcours de soins défini

- des traceurs ciblés pour évaluer la mise en œuvre d'un processus ciblé
- des audits systèmes pour évaluer les organisations de l'établissement et s'assurer de leur maîtrise sur le terrain
- des observations pour évaluer les conditions générales de qualité et de sécurité des soins.

| Un rapport de certification structuré en 3 chapitres

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

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

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

| Une décision et un rapport rendus publics

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

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

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

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

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

| référence pour l'élaboration du rapport de certification

Décision

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

Présentation

A.U.R.A.R	
Adresse	71 rue des navigateurs cs 11018 97434 ST PAUL FRANCE
Département / Région	La Réunion / La Réunion
Statut	ESPIC
Type d'établissement	Établissement privé à but non 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	970463592	ASSOCIATION UTILISATION REIN ARTIFICIEL REUNION	73 rue des navigateurs cs 11018 97434 SAINT PAUL FRANCE

Synthèse des activités réalisées par l'établissement au 2024

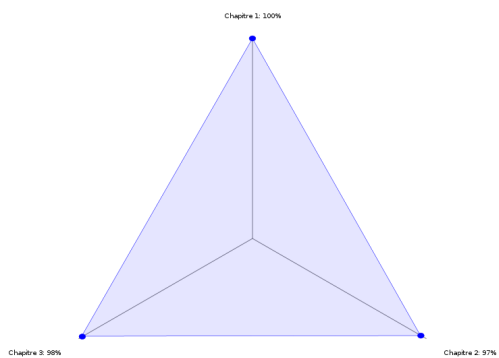
Vous trouverez en annexe 2 l'ensemble des activités réalisées par l'établissement.

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
Soins Médicaux et de Réadaptation
Tout l'établissement

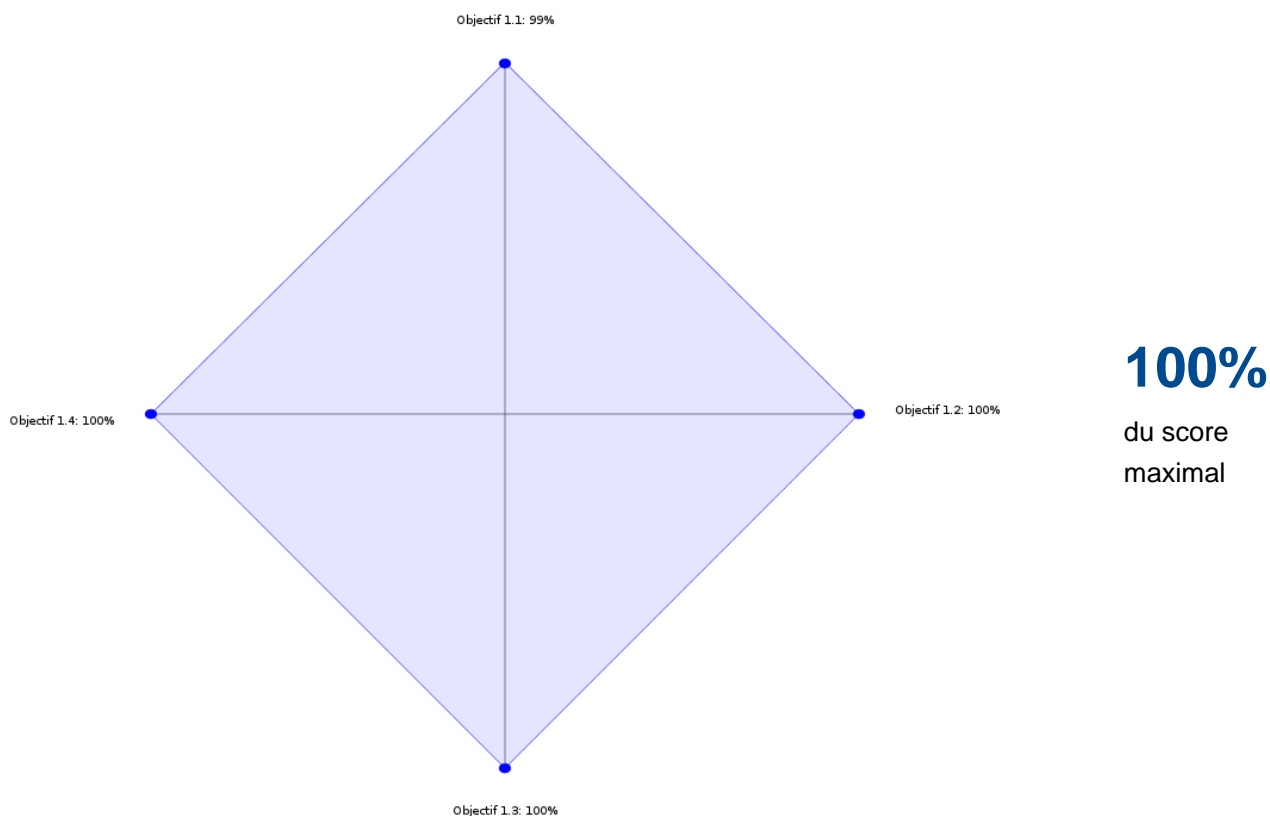
Au regard du profil de l'établissement, 96 critères lui sont applicables

Résultats



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

Chapitre 1 : Le patient

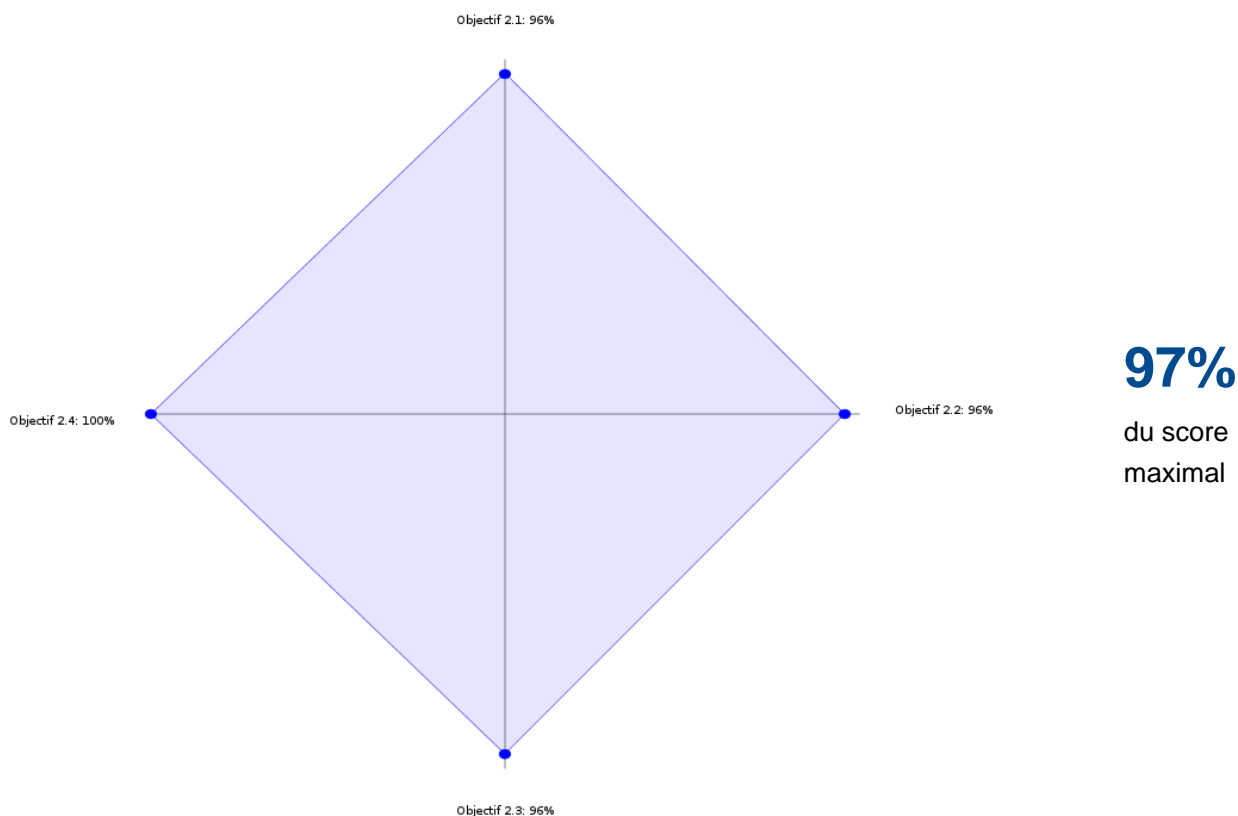


Objectifs		
1.1	Le patient est informé et son implication est recherchée.	99%
1.2	Le patient est respecté.	100%
1.3	Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient	100%
1.4	Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge	100%

Sur l'ensemble des sites de prises en charge des patients, celui-ci est systématiquement informé et impliqué dans son parcours de soins quelle que soit la modalité de traitement en établissement ou à domicile. Il reçoit régulièrement une information claire, orale et écrite, sur son état de santé, ce qui lui permet d'exprimer son consentement libre et éclairé sur le projet personnalisé de soins (PPS) qui lui est proposé, les éventuels actes interventionnels, les changements de modalité ou de site de prise en charge de son traitement par la dialyse. Des messages de santé publique sont affichés dans l'ensemble des sites de l'établissement. Ces messages sont retrouvés sur le site internet public de l'AURAR. Il est retrouvé à l'affichage comme dans le livret d'accueil des informations renseignant le patient sur ses droits : charte de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques, dialysés, de Romain-Jacob, consentement éclairé, désignation d'une personne de confiance, la commission des usagers. Le patient est très régulièrement informé par des professionnels médico-soignant

référents des modifications de traitements, de la nécessité d'administration de produits sanguins ou de pose de cathéter. Grace aux différents modes de communication et à l'implication toute particulière des professionnels et des représentants des usagers, l'ensemble des patients rencontrés pendant la visite connaissent leur droit à rédiger les directives anticipées ainsi que l'existence de la Commission des Représentants des Usagers, son rôle et les moyens pour la solliciter. La satisfaction des patients ainsi que le retour sur leurs expériences de soins sont recherchés, mesurés et analysés régulièrement au sein de l'ensemble de l'établissement multi-sites. Les modalités pour soumettre une réclamation ou déclarer un Évènement Indésirable Associé à ses Soins (EIAS) sont également connues par les patients sollicités lors des différentes rencontres. En situation de fin de vie, le patient peut accéder aux réseaux de soins palliatifs avec lesquels l'AURAR a conventionné. En l'absence de rédaction de directives anticipées, l'expression de sa volonté est recherchée auprès de sa personne de confiance ou de sa famille, ses proches et aidants. La prise en charge du patient par les professionnels ainsi les locaux et équipements garantissent leur intimité, leur dignité et le respect de la confidentialité des informations le concernant. En cas de besoin les patients peuvent être accueillis dans des salles/box d'isolement dans chacune des unités. L'autonomie du patient en situation de handicap et/ou âgée est systématiquement recherchée, évaluée par les équipes avec une réelle volonté de la maintenir et/ou de la développer. Le patient bénéficie du respect de la confidentialité des informations le concernant. Les professionnels de l'établissement ne recourent jamais à la contention mécanique. La douleur est systématiquement évaluée en début de chaque séance selon une échelle adaptée et prise en charge pour tous les patients. Les proches et aidants sont sollicités et impliqués le cas échéant dans la mise en œuvre du projet de soins du patient si celui-ci a donné son accord notamment pour la mise en place de dialyse à domicile. Le repérage de la vulnérabilité sociale est réalisé pour les patients en situation de précarité sociale. Les équipes peuvent solliciter autant que de besoin l'assistante sociale afin que soient prises en compte d'éventuelles difficultés financières, professionnelles, administratives ou familiales des patients. De même, elle est à l'initiative de l'ouverture de l'accès aux droits et aux soins (Aide Médicale d'État, coordination avec les services médico-sociaux, ...). Les besoins et préférences des patients vivant avec un handicap sont évalués et intégrés dans le projet personnalisé de soins.

Chapitre 2 : Les équipes de soins



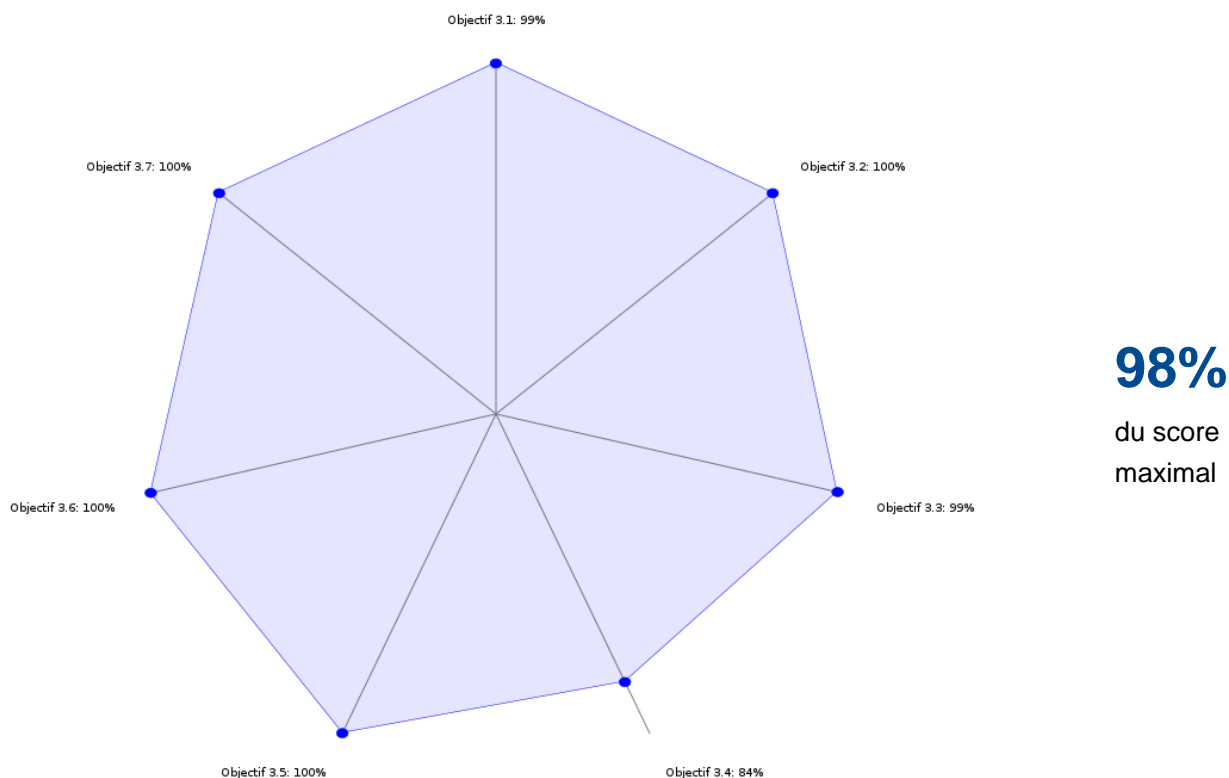
Objectifs		
2.1	La pertinence des parcours, des actes et des prescriptions est argumentée au sein de l'équipe	96%
2.2	Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire tout au long de sa prise en charge	96%
2.3	Les équipes maîtrisent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

La pertinence des décisions de prise en charge est argumentée au sein des équipes de l'établissement. Les professionnels disposent de protocoles de prise en charge intégrant les recommandations de bonnes pratiques actualisées, les recommandations de la HAS et des sociétés savantes. Les prescriptions d'antibiotiques sont justifiées et argumentées en fonction du contexte clinique et des examens microbiologiques. Les praticiens disposent d'un livret d'antibiothérapie et peuvent faire appel à l'expertise de médecin infectiologue hospitalier. La pertinence de la réévaluation de la prescription entre la 24^{ième} et la 48^{ième} heure est réalisée et tracée dans le dossier patient informatisé. La formation des médecins est actualisée sur certains secteurs afin que tous puissent être au fait des pratiques. Les équipes sont coordonnées pour prendre en charge le patient de manière pluriprofessionnelle. Un logiciel métier commun à l'ensemble des sites de l'établissement et utilisé par d'autres acteurs de secteur de la dialyse permet la traçabilité et l'accessibilité aux professionnels de tous les éléments

utiles à la prise en charge du patient : photographie du patient, dossier médical, dossier de soins infirmiers, intégration de données importées (documents administratifs, pièces d'identités scannées, résultats de biologie avec remontée automatique par les laboratoires dans le dossier patient, données des séances de dialyse...) Un programme personnalisé de soins (PPS) est élaboré avec chaque patient, adapté à ses besoins et ses préférences. Il est tracé dans le DPI par tous les intervenants (personnels médico-soignant et soins de support) dans la prise en charge du patient. Sa réévaluation est effective et régulière soit lors d'une rupture de parcours (hospitalisation, repli sur une modalité plus lourde) ou chaque année. Le projet personnalisé de soin est formalisé en équipe, associant les professionnels des soins de support : assistante sociale, diététicienne, psychologue. La coordination des équipes est également assurée, dans l'ensemble des sites et secteurs, au moyen de staffs de service et des réunions d'équipe régulières, organisées par les coordonnateurs soignants des services avec l'appui de la direction des soins et du directeur opérationnel particulièrement impliqué dans cette dynamique. Les équipes peuvent faire appel, au besoin, à des professionnels experts internes ou des correspondants externes. L'établissement doit pouvoir consolider et développer ses partenariats avec des réseaux d'expertise. Pour les patients en fin de vie, une démarche de prise en charge pluridisciplinaire en soins palliatifs est mise en œuvre, avec des équipes mobiles ou le repli vers des structure plus lourdes. La rédaction régulière (quadrimestre) d'une lettre de liaison pour les patients traités pour une maladie rénale chronique, souhaitée par les autorités, n'est pas encore effective sur l'ensemble des sites et elle doit intégrer dans son formalisme attendu un bilan thérapeutique. Les équipes maîtrisent les risques liés à leur pratique. Les bonnes pratiques d'identification du patient sont respectées à toutes les étapes de la prise en charge, avec une implication toute particulière des secrétaires d'accueil des différentes unités à cette problématique à l'accueil du patient. Un Comité des Vigilances Sanitaires et des Risques (COVIRIS) est en place ; les correspondants vigilants sont désignés et la liste de ces correspondants est accessible sur la gestion documentaire informatisée, dont l'utilisation est largement maîtrisée par l'ensemble des professionnels. Les modalités des alertes de vigilances ascendantes et descendantes sont définies et opérationnelles ; la coordination avec les structures régionales et nationales est opérationnelle. La dispensation des médicaments est sécurisée et adaptée aux besoins des services au regard des prescriptions. L'analyse pharmaceutique est réalisée. L'alimentation du dossier pharmaceutique est un chantier qui est encore à ouvrir. Les prescriptions sont toutes réalisées dans le DPI utilisé au sein de l'établissement. Les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments sont respectées par toutes les équipes. Le dossier informatisé du patient, permet en cas de non administration d'un médicament de tracer le motif. La liste des médicaments à risque est adaptée à l'unité de soins, elle est connue des professionnels qui sont formés aux risques induits lors de l'utilisation de ces médicaments. Les bonnes pratiques d'utilisation de ces médicaments à risque sont respectées à toutes les étapes du circuit (prescriptions, préparation au sein de la PUI de l'établissement, transport, réception, stockage, administration et traçabilité d'administration). L'ensemble des médicaments à risque est transporté et livré aux unités dans des containers dédiés. Ils sont, lors du stockage, identifiés par un pictogramme particulier de couleur dans des tiroirs, armoires et locaux fermés. Le stockage des médicaments relevant de la classe des stupéfiants est sécurisé dans des coffres et leur prescription répond à la réglementation. Le circuit des médicaments thermosensibles est maîtrisé et conforme. Leur transport vers les unités est réalisé dans des caisses isothermes et une surveillance des températures des réfrigérateurs est systématiquement vérifiée et tracée. Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne du froid pour les médicaments thermosensibles. Le matériel d'urgence vitale est vérifié et conforme, la procédure connue des professionnels. Chaque utilisation des chariots d'urgence donne lieu à une documentation de l'évènement afin d'évaluer la procédure, la formation des professionnels et la qualité des matériels utilisés. Chacune des équipes est en capacité de présenter une démarche d'évaluation des résultats cliniques de leurs patients pour laquelle elle a identifié un potentiel d'amélioration. Les résultats de l'expérience et de la satisfaction des patients sont pris en compte, avec une forte implication des représentants d'usagers, pour améliorer les pratiques des équipes. L'ensemble des remarques des patient(e)s font l'objet d'une analyse qui initie des propositions d'actions. Les professionnels améliorent leurs pratiques en se fondant sur leurs résultats des Indicateurs Qualité et Sécurité de Soins (IQSS) ; les indicateurs sont affichés et font l'objet d'échanges lors des réunions de services. Les revues régulières de ces indicateurs en équipe permettent la mise en œuvre de plans

d'action d'amélioration, à l'échelle de l'unité du site ou de l'établissement. Les Évènements Indésirables Associés aux Soins (EIAS) dont les presque-accidents sont systématiquement déclarés par les équipes. Ils sont analysés avec méthode par les professionnels concernés, les coordonnateurs, la directrice qualité risques, la qualitiennne, le directeur des soins, le directeur d'exploitation et le cas échéant le président de CME particulièrement impliqué dans cette démarche. Il existe donc de nombreux Comités de Retour d'Expérience (CREX) ou le cas échéant des Revues de Morbi-Mortalité (RMM). Les plans d'actions d'amélioration mis en œuvre à la suite de ces analyses sont tous inscrits dans le PAQSS de l'établissement et suivis.

Chapitre 3 : L'établissement



Objectifs		
3.1	L'établissement définit ses orientations stratégiques en cohérence avec son territoire	99%
3.2	L'établissement favorise l'engagement des patients individuellement et collectivement	100%
3.3	La gouvernance fait preuve de leadership	99%
3.4	L'établissement favorise le travail en équipe et le développement des compétences	84%
3.5	Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance	100%
3.6	L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté	100%
3.7	L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins	100%

L'AURAR (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à la Réunion) est implanté dans de nombreux territoires de L'île de la Réunion pour l'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie rénale chronique et de son éventuel traitement par la dialyse sur toutes les modalités y compris le domicile. L'établissement est largement impliqué dans les projets territoriaux de parcours. De nombreuses conventions sont signées avec le Centre Hospitalier afin de faciliter les replis des patients le nécessitant ou le recours à des spécialités et plateau technique

(centres lourds, chirurgie vasculaire, soins continus, réanimation,). Au besoin l'établissement est en relation et fait appel à des acteurs médico-sociaux des secteurs du lieu de vie des patients. Le cas échéant des partenariats se nouent avec des établissements de courts et moyens séjours dans l'intérêt des patients (SSR, EHPAD). L'AURAR est partenaire et impliqué dans les CPTS et DAC des secteurs où il est implanté. Les usagers et les professionnels de ville, hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre facilement l'établissement par téléphone ou à l'aide du contact en ligne sur le site internet de l'établissement. Les professionnels peuvent échanger l'ensemble des documents nécessaires au suivi médical du patient par messagerie sécurisée. L'établissement promeut la recherche clinique, des essais cliniques ou des études sont régulièrement conduites, en collaboration avec les CH locaux ou dans le cadre de démarches nationales. L'établissement promeut le recueil de l'expérience patient (PREMS) essentiellement à l'aide de questionnaires de satisfaction institutionnels par secteurs de prise en charge. Les résultats des enquêtes de satisfaction sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et l'exploitation des résultats est restituée aux unités de soins pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité. L'AURAR mobilise largement les actions d'expertise des patients. L'établissement assure la bonne promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage ; le site internet de l'établissement comporte de nombreuses informations actualisées à l'attention du public et des usagers. Les plaintes et réclamations des patients sont présentées aux Conférences Médicales d'Etablissement ainsi qu'à la Commission des Usagers (CDU) ; elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins ; dans les situations difficiles, le recours des patients, des proches et/ou aidants au médiateur est proposé. L'AURAR est particulièrement attaché à la promotion de la bientraitance. En plus d'être inscrit prioritairement dans ses orientations stratégiques et qu'il a décliné dans sa politique des droits des patients ; les professionnels sont formés, le respect des patients et de leurs familles est promu, partagé et anime les équipes. Les risques pouvant nuire à la bientraitance sont identifiés. Les conditions d'exercices et les pratiques sont de nature à assurer une réelle bientraitance à toutes les étapes de la prise en charge du patient. Les professionnels de tous les services sont sensibilisés à la détection et l'objectivation des situations à risques et pouvant initier de la maltraitance. Ils sont formés et disposent de recommandations de bonnes pratiques, d'outils accessibles dans la gestion documentaire, permettant le repérage, le signalement et la prise en charge de telles situations. L'établissement assure l'accessibilité de ses sites et locaux aux personnes vivants avec un handicap. L'accès aux soins des personnes vulnérables est organisé. Les professionnels concernés sollicitent les services de soins de supports qui connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge : assistante sociale, Aide Médicale d'État pour les ressortissants étrangers en situation irrégulière. Des interprètes ou listes de personnes sollicitables sont disponibles dans la structure. L'accès du patient à son dossier répond en tous points à la réglementation. Les représentants des usagers sont particulièrement impliqués et disponible au sein de l'établissement : ils sont des partenaires de la démarche qualité et participent à différentes instances autres que la CDU. Ils donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients, contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge ; ils ont connaissance des plaintes et réclamations, des évènements indésirables, des réponses aux questionnaires de satisfaction et participent aux évaluations entreprises. Une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (QSS) est mise en œuvre de manière très active et dynamique. Elle est animée au quotidien par la directrice qualité qui es largement soutenue , par la directrice générale de l'établissement, le directeur opérationnel ayant un rôle pivot dans la structure, le directeur des soins et président de la CME soucieux de la qualité et de la sécurité de la prise en charge. La direction a réussi le challenge de transformer les enjeux de la qualité et de la sécurité de soins en un outil de cohésion au sein de l'ensemble des sites de l'établissement. La CDU est associée à cette démarche. Les orientations sont fondées sur une analyse globalisée et sont priorisées. Elles prennent en compte les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins. Les professionnels connaissent les actions d'amélioration de la qualité en lien avec leurs activités et peuvent être à l'origine de propositions pour de nouvelles actions. L'établissement soutient et appuie son management en partie sur la culture de sécurité des soins. L'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité de soins est organisée. Des effectifs sont mobilisables compte tenu des ratios observés pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources. Les managers bénéficient de coaching. La gouvernance impulse et soutient le travail en équipe. La synchronisation des temps

médicaux et paramédicaux est assurée, l'organisation du temps de travail est mise en œuvre pour permettre un travail en équipe. L'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels est assurée. Les compétences des professionnels sont évaluées régulièrement dans le cadre d'un entretien individuel ce qui permet l'alimentation du programme de formation. Les professionnels rencontrés pendant la visite sont en mesure de se questionner sur des problématiques relevant de l'éthique : respect du secret professionnel, de la dignité et de l'intégrité du patient, accompagnement des situations de fin de vie, soins palliatifs... néanmoins il reste à l'établissement de nourrir et de structurer cette démarche avec lesquels les professionnels ne sont pas encore acculturés. En effet, même si la structure du comité d'éthique existe en tant que telle, le déploiement opérationnel doit être accentué. Une politique de Qualité de Vie au Travail (QVT) est formalisée dans les orientations stratégiques de l'AURAR. La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des professionnels et l'élaboration, le suivi et l'évaluation de cette démarche ont été concertés avec les instances représentatives des professionnels. Au sein des unités, des réunions de service, des groupes de travail et des temps d'échange informels permettent de faire un diagnostic et de réaliser des actions améliorant les conditions de travail (réorganisation et aménagement du temps de travail, amélioration des locaux, plan d'investissement ergonomique notamment informatique ...). Les difficultés de relations interprofessionnelles, interpersonnelles et de conflits au travail sont discutées par les personnels et leur encadrement. En cas de conflits interpersonnels, des dispositifs d'écoute et de médiation sont en place. L'établissement dispose d'une réponse adaptée et opérationnelle aux risques auxquels il peut être confronté. Le Plan de Gestion des Tensions Hospitalières et des Situations Sanitaires Exceptionnelles (PGTHSSE) a été actualisé. Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement. L'île de la Réunion étant notamment confrontée au risque naturel cyclonique, la mobilisation des ressources supplémentaires coordonnée avec les partenaires du territoire et les professionnels concernés par l'activation des plans de crise connaissent les modalités des alertes et de la mise en œuvre. Les dispositifs de mise en isolement pour risques infectieux sont prévus. Le système d'information est sécurisé, il prévoit des procédures dégradées, un plan de continuité (récupération des données des dernières séances de dialyse) et au niveau des équipes, si un changement régulier des mots de passe n'est pas systématiquement effectué, le profil est bloqué. Les professionnels sont particulièrement sensibilisés à cette problématique notamment par l'envoi, par le service informatique, de messages d'hameçonnage afin de mesurer leurs réponses aux risques auxquels ils peuvent être exposés à travers les messageries. Les incidents significatifs ou graves de sécurité des systèmes d'information sont déclarés auprès de l'Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information (ANSSI) et les recommandations de cette agence mises en œuvre. Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident ou de cyber-attaque. La prévention aux biens et aux personnes est assurée ; le plan de sécurisation de l'établissement est opérationnel, les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés. Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont inscrits dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les principaux risques environnementaux sont pris en compte et des mesures mises en œuvre : prévention des pollutions (réduction, triage et valorisation des déchets), gestion de la consommation d'eau (utilisation de nouvelle génération de traitement d'eau) et d'électricité (relamping), atténuation du changement climatique, rénovation des bâtiments les plus anciens pour les rendre plus économes. La prise en charge des urgences vitales est maîtrisée avec un numéro d'appel unique, affiché, connu par tous, immédiatement accessible et présence dans tous les services de chariots d'urgence accessibles dont la maintenance est assurée par les IDE. Tous les professionnels sont formés aux gestes de première urgence (AGFSU). Des exercices sont très régulièrement organisés. Les recommandations de bonnes pratiques cliniques, actualisées, sont diffusées et disponibles au sein des équipes. Les équipes connaissent les éventuelles recommandations établies par la commission des usagers. Les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont suivis et font l'objet d'une analyse partagée en CODIR, en CME et en CDU. Les actions d'amélioration basées sur les résultats des indicateurs qualité et sécurité des soins sont connues des professionnels rencontrés en visite. Ils sont présentés en réunion de service et mis à l'affichage dans toutes les unités de soins des résultats ainsi que les actions mises en œuvre. L'établissement analyse, exploite et communique la survenue d'évènements indésirables associés aux soins (EIAS). Les professionnels connaissent les évènements indésirables associés aux soins dont les

presqu'accidents déclarés dans leur service ; ils informent les patients ou leurs représentants des dommages imputables à cette activité de prévention, de diagnostic ou de soins. Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'une analyse systémique des causes et sont déclarés sur le portail sanitaire des événements sanitaires indésirables. La synthèse des travaux d'analyse des EIAS et les plans d'actions mis en place à la suite de cette analyse est réalisée et diffusée aux équipes. La Commission des Usagers est associée lors de chaque réunion des EIG.

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	970463592	ASSOCIATION UTILISATION REIN ARTIFICIEL REUNION	73 rue des navigateurs cs 11018 97434 SAINT PAUL FRANCE
Établissement principal	970405676	A.U.R.A.R DIALYSE A DOMICILE DIALYSE PERITONEALE - AUTODIALYSE - ST GILLES	71 rue des navigateurs cs 11018 97434 ST PAUL FRANCE
Établissement géographique	970405064	A.U.R.A.R. CENTRE AMBULATOIRE	15 rue des roches 97410 Saint-Pierre FRANCE
Établissement géographique	970407151	A.U.R.A.R. UNITE AUTODIALYSE UNITE DIALYSE MEDICALISEE ST PIERRE	22 rue des roches 97410 Saint-Pierre FRANCE
Établissement géographique	970403705	A.U.R.A.R. UNITE DIALYSE MEDICALISEE SAINT DENIS	26 rue de l'abattoir 97400 SAINT DENIS FRANCE
Établissement géographique	970406641	AURAR UNITE AUTODIALYSE ST GILLES	71 rue des navigateurs 97434 ST PAUL FRANCE
Établissement géographique	980500912	A.U.R.A.R. MAMOUDZOU	97600 MAMOUDZOU FRANCE
Établissement géographique	970405650	CLINIQUE OMEGA - CRN	Rue simon pernic Zac mascareignes 97420 Le Port FRANCE
Établissement géographique	970403762	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE SAINT JOSEPH	19 rue ylang ylang Lotissement les gregues 97480 Saint Joseph FRANCE
Établissement géographique	970403697	A.U.R.A.R. UNITE AUTODIALYSE SAINT BENOIT	1 rue aubepines Zac bras de fusil 97470 Saint Benoit FRANCE
Établissement géographique	970404158	A.U.R.A.R CENTRE AMBULATOIRE - AUTODIALYSE - UNITE DIALYSE MEDICALISEE SAINT BENOIT	1 rue des aubepines Zac bras de fusil 97470 Saint Benoit FRANCE

Établissement géographique	970403747	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE ST PAUL	11 rue de la chapelle 97460 Saint Paul FRANCE
Établissement géographique	970403770	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE TAMPON	35 rue pasteur zac chatoire 97430 Le Tampon FRANCE
Établissement géographique	970403754	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE UNITE DIALYSE MEDICALISEEST LOUIS	23 chemin de l'etang 97450 ST LOUIS FRANCE
Établissement géographique	970403721	A.U.R.A.R. UNITE AUTODIALYSE UNITE DIALYSE MEDICALISEE LE PORT	Rue simon pernic 97420 Le Port FRANCE
Établissement géographique	970409991	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE SAINT DENIS	6 RUE D'EMMEREZ DE CHARMOY 97490 SAINTE CLOTILDE FRANCE
Établissement géographique	970410163	A.U.R.A.R UNITE D'AUTODIALYSE SALAZIE	79 RUE PIERRE EMILE PAPAYA 97433 SALAZIE FRANCE
Établissement géographique	970410155	A.U.R.A.R UNITE D'AUTODIALYSE SAINT LEU	15 RUE DU PRESOIR 97424 PITON SAINT LEU FRANCE
Établissement principal	970405676	A.U.R.A.R DIALYSE A DOMICILE DIALYSE PERITONEALE - AUTODIALYSE - ST GILLES	71 rue des navigateurs cs 11018 97434 ST PAUL FRANCE
Établissement géographique	970405064	A.U.R.A.R. CENTRE AMBULATOIRE	15 rue des roches 97410 Saint-Pierre FRANCE
Établissement géographique	970407151	A.U.R.A.R. UNITE AUTODIALYSE UNITE DIALYSE MEDICALISEE ST PIERRE	22 rue des roches 97410 Saint-Pierre FRANCE
Établissement géographique	970403705	A.U.R.A.R. UNITE DIALYSE MEDICALISEE SAINT DENIS	26 rue de l'abattoir 97400 SAINT DENIS FRANCE
Établissement géographique	970405650	CLINIQUE OMEGA - CRN	Rue simon pernic Zac mascareignes 97420 Le Port FRANCE
Établissement géographique	970403762	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE SAINT JOSEPH	19 rue ylang ylang Lotissement les gregues 97480 Saint Joseph FRANCE

Établissement géographique	970404158	A.U.R.A.R CENTRE AMBULATOIRE - AUTODIALYSE - UNITE DIALYSE MEDICALISEE SAINT BENOIT	1 rue des aubepines Zac bras de fusil 97470 Saint Benoit FRANCE
Établissement géographique	970403747	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE ST PAUL	11 rue de la chapelle 97460 Saint Paul FRANCE
Établissement géographique	970403770	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE TAMPON	35 rue pasteur zac chatoire 97430 Le Tampon FRANCE
Établissement géographique	970403754	A.U.R.A.R UNITE AUTODIALYSE UNITE DIALYSE MEDICALISEEST LOUIS	23 chemin de l'etang 97450 ST LOUIS FRANCE
Établissement géographique	970403721	A.U.R.A.R. UNITE AUTODIALYSE UNITE DIALYSE MEDICALISEE LE PORT	Rue simon pernic 97420 Le Port FRANCE

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

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

Présence d'Unité de surveillance continue (SC) adulte	Non
Présence d'Unité de surveillance continue (SC) enfant	Non
Médecine	
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (hors péritonéale) en centre	Oui
Autorisation de Traitement de l'insuffisance rénale chronique (péritonéale)	Non
Patient atteint d'un cancer	
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par chimiothérapie	Non
Autorisation de Traitement des affections cancéreuses par radiothérapie (dont curiethérapie)	Non
Chirurgie et interventionnel	
Autorisation de Chirurgie cardiaque	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en cardiologie	Non
Autorisation de Neurochirurgie	Non
Autorisation d'Activité interventionnelle en neurologie	Non
Autorisation d'Activité de greffe	Non
Activité Urgences	
Urgences	
Nombre total de passages aux urgences dans l'année pour des patients de plus de 80 ans	0
Nombre de passages aux urgences générales	0
Nombre de passages aux urgences pédiatriques	0
SAMU-SMUR	
Nombre de Dossiers de Régulation Médicale (DRM)	0
Activité Hospitalière MCO	
Soins de longue durée	
Nombre de patients PEC durant l'année écoulée par une équipe mobile de gériatrie	0
Médecine	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Médecine	0
Chirurgie et interventionnel	
Nombre de lit en Hospitalisation complète en Chirurgie	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	30,192
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	20
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			ANNULER
2	Audit système			
3	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
4	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
5	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
6	Audit système			
7	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Médecine	

8	traceur		Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
9	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
10	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
11	Patient traceur		Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
12	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
13	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé	

			Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
14	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
15	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
16	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
17	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
18	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires

19	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
20	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
21	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
22	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
23	Traceur ciblé			NA
24	Traceur ciblé			NA
25	Audit système			
26	Audit système			
27	Audit système			
28	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
29	Audit système			
30	Audit système			
31	Audit système			
32	Audit système			
33	Audit système			
34	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
	Patient		Médecine	

35	traceur		Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
36	Parcours traceur		Médecine Soins Médicaux et de Réadaptation Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
37	Audit système			
38	Parcours traceur		Ambulatoire Médecine Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
39	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
40	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
41	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique	

			Programmé Tout l'établissement	
42	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
43	Traceur ciblé			EIG ayant fait l'objet d'une déclaration à l'ARS ou d'un CREX en interne
44	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
45	Audit système			
46	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
47	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
48	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires

49	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
50	Audit système			
51	Audit système			
52	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
53	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
54	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
55	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
56	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
57	Audit système			

58	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Patient âgé Patient en situation de handicap Programmé Tout l'établissement	
59	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
60	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
61	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
62	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
63	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
64	Patient traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	

65	Audit système			
66	Parcours traceur		Médecine Ambulatoire Adulte Patient âgé Maladie chronique Programmé Tout l'établissement	
67	Audit système			
68	Traceur ciblé			Précautions standards et complémentaires
69	Audit système			
70	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
71	Traceur ciblé			Médicament à risque + Antibiotique
72	Audit système			

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

