



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

ASSOCIATION POUR LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE

355 chemin de Baigne Pieds
84000 Avignon



Validé par la HAS en Janvier 2026

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



Haute Autorité de santé – Service communication et information
5 avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – Janvier 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	15
Objectif 1.2 : L'information du patient	16
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	17
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	18
Chapitre 2 : Les équipes de soins	19
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	19
Synthèse du chapitre 2	20
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	22
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	23
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	25
Chapitre 3 : L'établissement	26
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	26
Synthèse du chapitre 3	27
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	28
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	29
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	31
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	32

Préambule

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

Obligatoire, elle est codifiée à l'article L6113-3 (et suivants) du code de la santé publique. Elle est un des outils de mesure de la qualité des soins en établissements de santé et vise l'appropriation des standards de la qualité par eux. Elle fournit une évaluation de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé, aux usagers et aux Agences régionales de santé (ARS) sans se substituer aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire menés par ces autorités de tutelle. Par ailleurs, elle favorise la mise en œuvre d'une dynamique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

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

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

Présentation

ASSOCIATION POUR LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE RENALE	
Adresse	355 chemin de Baigne Pieds 84000 Avignon FRANCE
Département / Région	Vaucluse / Provence-Alpes-Côte d'Azur
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	840002844	ASSOCIATION DES TRAITEMENTS D'INSUFFISANCE RENALE	355 chemin de baigne pieds 84000 Avignon FRANCE
Établissement géographique	840018642	ATIR UAD APT	SITE CH D'APT 225 AVENUE DE MARSEILLE 84405 APT CEDEX FRANCE
Établissement principal	840011043	AVIGNON CENTRE UDM ET UAD	355 chemin de Baigne Pieds 84000 Avignon FRANCE
Établissement géographique	840017461	ORANGE CENTRE UDM ET UAD	Avenue de l'avoisier 84100 Orange FRANCE
Établissement géographique	840017222	CARPENTRAS CENTRE UDM ET UAD	Rond point de l'amitié 84200 Carpentras FRANCE
Établissement géographique	840012538	UNITE D'AUTODIALYSE DE L'ATIR CLOS DE L'ETANG	Clos de l'etang 84800 L'Isle-Sur-La-Sorgue FRANCE
Établissement géographique	840018774	CAVAILLON UDM	235 route de gordes 84300 CAVAILLON FRANCE

Les critères évalués

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

Population
 Patient âgé

Les évaluations réalisées pendant la visite

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



Rencontré **5** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **7** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **15** cibles pour évaluer la maîtrise des risques liés aux pratiques et la sécurité dans les secteurs à risques majeurs :

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



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **16** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

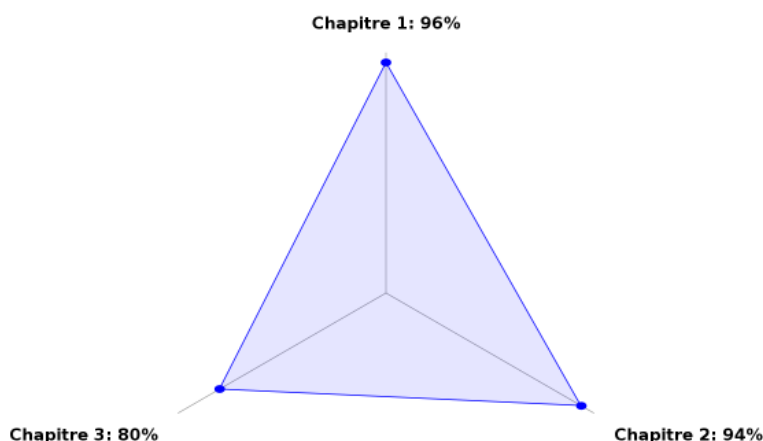
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus ;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

En l'espèce, au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, la HAS confirme la qualité des soins et décerne la certification. Cette décision est valable quatre ans.

Les résultats

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

- Un premier concerne le résultat pour le patient. Tout au long de sa prise en charge, ses droits sont respectés, son engagement recherché, ses besoins, attentes et préférences pris en compte. Au-delà de son engagement dans sa prise en charge, son implication comme partenaire est favorisée par l'expression notamment de son expérience.
- Un deuxième concerne les équipes de soins. La certification vise à apprécier leur capacité à rechercher la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins, à se concerter et se coordonner tout au long du parcours du patient. Elle met également l'accent sur la maîtrise des risques liés aux pratiques et dans les secteurs à risques majeurs.
- Un troisième concerne l'établissement et sa gouvernance (direction et commission/conférence médicale d'établissement). Cette dernière favorise l'insertion territoriale en lien avec les autres acteurs de l'offre de soins et médico-sociale. Elle impulse une dynamique forte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui associe et soutient les équipes, ainsi que les patients, représentants d'usagers et associations de malades.



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	96%
Chapitre 2	Les équipes de soins	94%
Chapitre 3	L'établissement	80%

Les résultats des critères impératifs et avancés

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

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

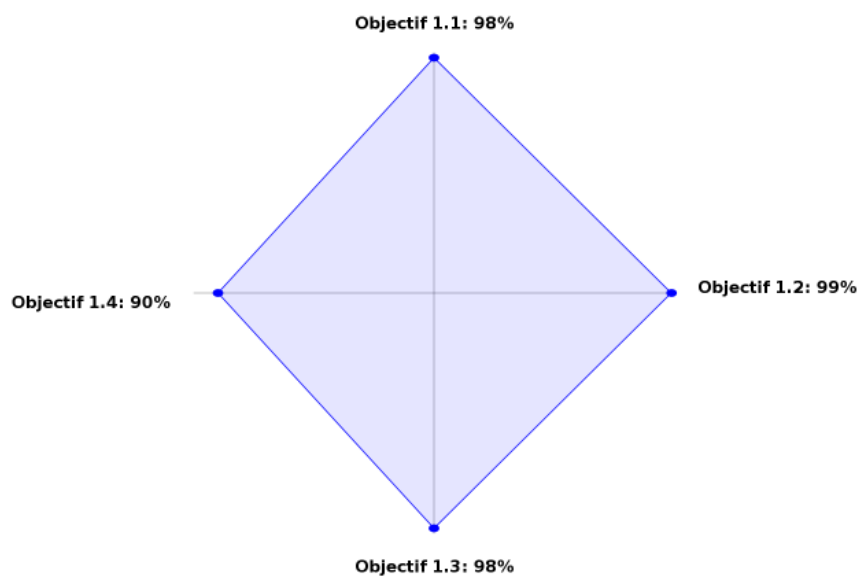
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	80%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	92%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	98%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque accidents	75%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	25%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **96%**



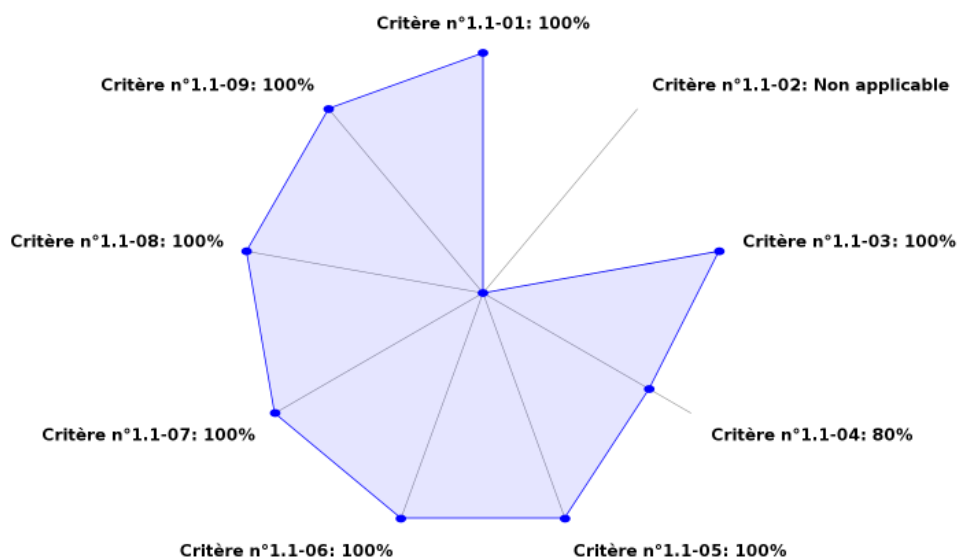
Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	98%
1.2	L'information du patient	99%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	98%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	90%

Synthèse du chapitre 1

Créé en 1978 avec pour finalité le soutien à l'action des néphrologues et du service de néphrologie-hémodialyse de Centre hospitalier d'Avignon, l'Association pour le traitement de l'insuffisance rénale (ATIR) se déploie aujourd'hui sur l'ensemble du département du Vaucluse. L'offre de soins se compose de 3 Centres lourds, 4 Unités de dialyse médicalisée, de 5 unités d'auto-dialyse. L'ATIR a aussi une autorisation pour un programme sur la maladie rénale chronique (MRC) pour les patients de stade 4 et 5 en hémodialyse. L'établissement est un établissement privé à but non lucratif. L'ATIR a signé des conventions de fonctionnement avec les différents établissements hébergeurs ou à proximité de ses structures : non seulement l'Hôpital d'Avignon mais aussi l'Hôpital d'Apt, le Centre hospitalier de Carpentras, le Centre hospitalier d'Orange, le Centre hospitalier de Cavaillon, la Clinique Rhône Durance d'Avignon. En complément l'ATIR a développé des centres d'orientation et d'entraînement en centre, où la prise en charge est assurée par une infirmière dédiée. L'accueil des vacanciers bénéficie d'une attention particulière (165 patients concernés en 2024). Le projet médical promeut une politique de prise en charge du patient qui a, entre autres, pour objectif de maintenir les patients à proximité de leur lieu de vie, de promouvoir la greffe préemptive et le donneur vivant et d'améliorer la prise en charge de l'abord vasculaire. Ce projet médical est en partenariat étroit et constant avec le service de néphrologie du Centre hospitalier d'Avignon. L'établissement a adapté ses modalités d'accueil : plusieurs horaires et jours de dialyse sont proposés, les séances de soirée facilitent le maintien d'une activité professionnelle. A chaque étape du parcours le patient reçoit une information claire et adaptée en général et, en particulier, sur le choix des techniques de dialyse. Quel que soit le site ou le secteur d'activité, le consentement éclairé du patient sur son « projet de soins » est recherché. Les éléments constitutifs du projet de soins sont retrouvés mais les professionnels étaient parfois en difficulté pour retrouver rapidement son contenu. L'éditeur du logiciel a été sollicité pour que l'outil facilite cette recherche. La désignation de la personne de confiance est effective. Les professionnels accompagnent le patient afin que celui-ci s'approprie la connaissance de sa maladie. L'écoute du patient permet de prendre en compte ses besoins. Cela a été parfaitement illustré dans le cadre de la prise en charge sur site et la possibilité d'être dans un box isolé si nécessaire. La possibilité de consultation dans un bureau, y compris en Centre, a été soulignée. Les locaux sont spacieux, lumineux sur plusieurs sites. Pour le site de Cavaillon, une réorganisation des locaux est en cours pour améliorer les modalités d'accueil. La déclinaison de la prise en charge de la douleur vise à l'évaluation de la douleur, physique et psychique, elle est effective afin d'atténuer les douleurs. L'évaluation de la douleur lors des séances et entre deux séances de dialyse est réalisée, des alternatives non médicamenteuses sont recherchées. Une stratégie de la politique de la prise en charge médicamenteuse ayant pour objectifs la sécurisation de celle-ci et son efficacité rend le patient acteur dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Des ateliers thématiques sont portés par les professionnels : rein et insuffisance rénale, méthodes de suppléance, alimentation et activité physique, médicaments et insuffisance rénale, vivre avec la maladie. La continuité des soins est assurée : 24h/24 et 7 jours sur 7. Les différentes unités tiennent compte du respect de l'intimité et de la dignité lors des soins prodigués. Les risques impactant la bientraitance ont été identifiés. La bientraitance, la bientraitance et la lutte contre la maltraitance sont déclinées au quotidien (charte de bientraitance). L'établissement a organisé des sessions de formation "bientraitance" à l'attention des professionnels. Le patient est au centre des préoccupations de la gouvernance comme des équipes de soins. L'implication des représentants des usagers est recherchée. L'Association France Rein et l'association RENALOO sont représentées au sein des établissements. Les représentants des usagers ont élaboré le « Projet des usagers » : les actions envisagées concernent, entre autres, la promotion du rôle de la commission des usagers, la réflexion éthique, l'expression des patients, le rôle des aidants. L'établissement mène une politique volontariste afin de permettre au patient de faire part de son expérience et d'exprimer sa satisfaction (axe 3 du projet institutionnel). Avec l'accord du patient, les proches ou aidants peuvent aussi s'impliquer dans la mise en œuvre du projet de soins en particulier pour le projet de sortie. Les résultats des enquêtes de la satisfaction des patients sont communiqués aux équipes. L'établissement mobilise l'expérience des soins vécus des patients essentiellement par le biais des questionnaires de satisfaction, l'éducation thérapeutique (patient partenaire) et les représentants des usagers qui vont à la rencontre des autres patients. A ce jour, il n'y a pas de patient partenaire qui participe à la définition d'actions d'amélioration issues de démarches collectives d'amélioration. La préparation de la sortie est anticipée, y compris pour les périodes de vacances, au regard des modes développés et des conditions de vie habituelle des patients. L'assistante sociale, avec les équipes de soins, assure la prise en compte des conditions de vie et de lien social de chaque patient (actions sociales, appel à des expertises externes, soins de support). La présence d'une psychologue permet aussi d'accompagner l'inclusion sociale des patients atteints de troubles psychiques. L'insertion sociale, la réinsertion professionnelle (peu de patients sont concernés) sont aussi prises en compte. Le maintien de l'autonomie du patient est recherché (pour la pesée, la désinfection de l'abord vasculaire à titre d'exemples). Le patient se sent accompagné à tous les stades de sa pathologie, les aidants sont associés. Les patients vulnérables bénéficient d'une attention particulière. Le lien avec le domicile a été tissé avec le néphrologue et/ou le médecin traitant, il est fonctionnel. Le patient a la possibilité, en situation de fin de vie, de faire valoir au plus tôt sa décision d'accéder aux soins palliatifs. Les patients sont informés de façon adaptée sur leur droit à rédiger leurs directives anticipées, les actions avec les correspondants externes pour informer, en amont de l'hospitalisation, sur l'importance de rédiger des directives anticipées ne sont pas encore effectives. En cas de décès, un accompagnement de l'entourage est réalisé, y compris sur la durée par la psychologue. Les recommandations formulées par les messages de santé publique sont relayées auprès des patients. De même, l'établissement sollicite les représentants des usagers afin que les patients s'approprient la connaissance des représentants des usagers, leur rôle ainsi que celui des associations en lien avec leur pathologie dont France REIN et RENALOO. Les représentants des usagers ne sont pas toujours connus des patients. Le projet des usagers a été co-construit avec les usagers et leurs représentants. Des usagers sont présents au Conseil d'administration et participent avec voix délibérative.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

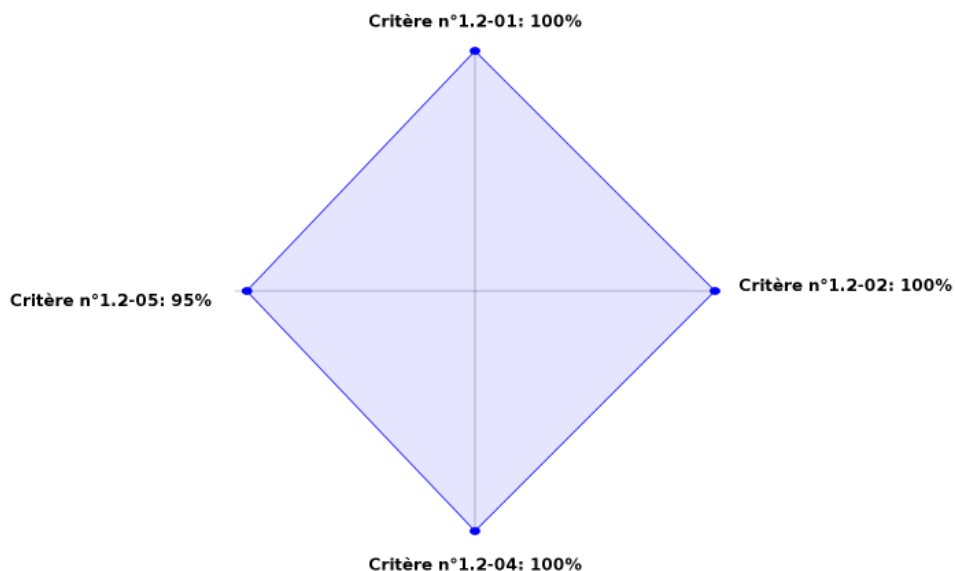
Score de l'objectif **98%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-03	Le patient bénéficie du respect de la confidentialité et du secret professionnel	100%
1.1-04	Le patient est informé de façon adaptée sur son droit à rédiger ses directives anticipées	80%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bientraitante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

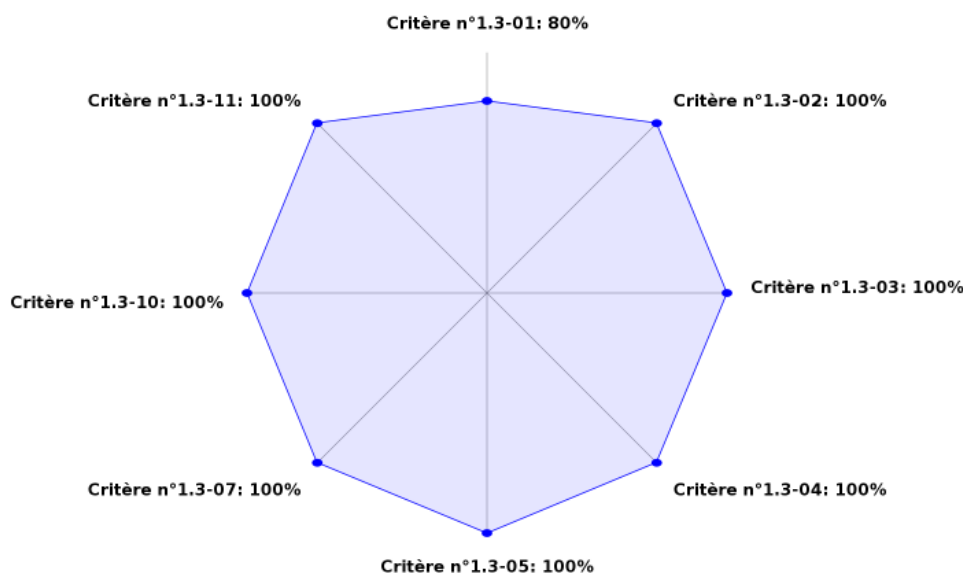
Score de l'objectif **99%**



Critères		
1.2-01	Le patient connaît les informations nécessaires à son séjour	100%
1.2-02	Le patient connaît les informations nécessaires à sa prise en charge	100%
1.2-04	Le patient, en prévision de sa sortie, connaît les consignes de suivi pour sa prise en charge	100%
1.2-05	Le patient est informé sur les représentants des usagers et/ou associations de bénévoles qui peuvent l'accompagner pour son retour à domicile.	95%

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

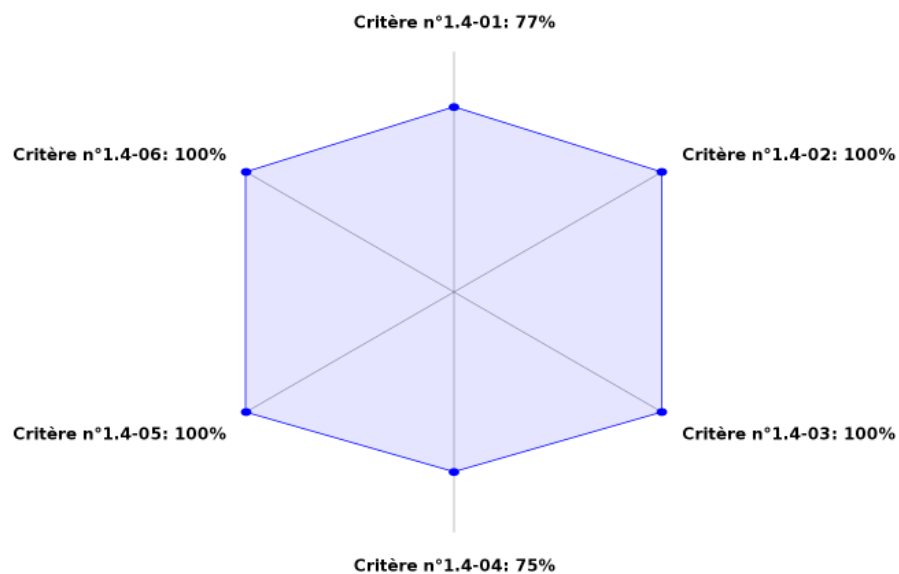
Score de l'objectif **98%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	80%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	Le patient âgé bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-10	Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé	100%
1.3-11	Avec l'accord du patient, les proches et/ou aidants s'impliquent dans le projet de soins	100%

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

Score de l'objectif **90%**

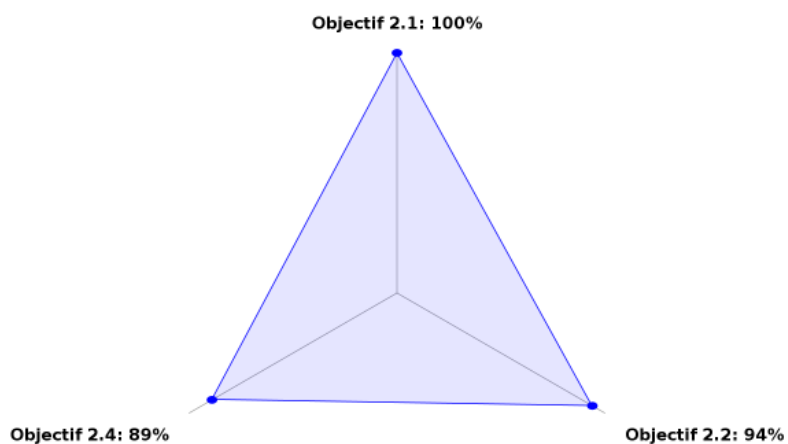


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	77%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	100%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	75%
1.4-05	Les représentants des usagers sont impliqués dans la vie de l'établissement	100%
1.4-06	Les représentants des usagers disposent des informations utiles à leurs missions	100%

Chapitre 2 : Les équipes de soins

Résultats du chapitre 2 : Objectifs

Score du chapitre **94%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	100%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	94%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	89%

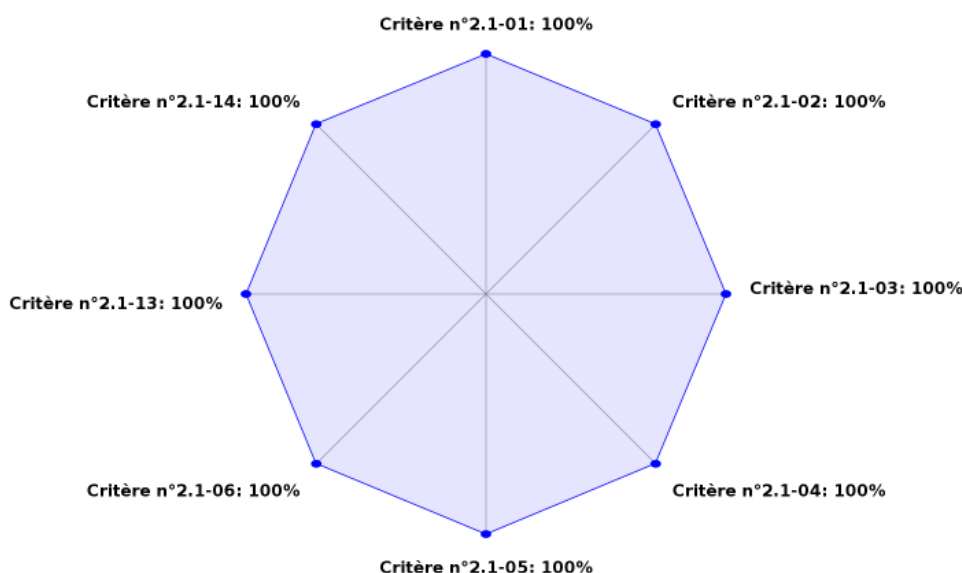
Synthèse du chapitre 2

La pluriprofessionnalité de l'équipe et la coordination de la prise en charge et des soins sont effectives. La coordination des équipes des structures de l'ATIR avec celles des centres hospitaliers et cliniques partenaires (dont le CHU de Montpellier et l'AP- HM de Marseille pour la transplantation) est assurée. Ces équipes à statut différent, les uns relevant d'un statut public, les autres d'un statut privé non lucratif ou lucratif, organisent en symbiose la prise en charge des patients. L'équipe médicale des néphrologues est partie prenante d'autres structures. La continuité de la circulation des informations utiles à la prise en charge a été initiée par le biais du Dossier médical partagé et par la réunion hebdomadaire de l'ensemble des néphrologues. L'appropriation de l'utilisation de « Mon espace santé » par les patients est en cours. Les articulations fortes entre les équipes, la synergie de chaque équipe consolident la traçabilité des données patients. L'identification du patient bénéficie d'une attention particulière. Les différents secteurs d'activité articulent le dossier patient avec ceux des différents acteurs du territoire. La réflexion régulière de la pertinence des thérapeutiques est en cours, l'évaluation de la qualité des soins évitent les ruptures de parcours. Des staffs réguliers visent à améliorer la prise en charge des patients dialysés selon leur état de santé, leurs comorbidités, leur statut vis-à-vis de la greffe rénale, leurs souhaits. Cela se traduit par une analyse de pertinence et une adaptation : des paramètres de dialyse, temps et fréquence des séances dans un premier temps ; des interventions des professionnels tels que médecins soins palliatifs, gériatres, diététicien, psychologue selon les besoins. Les équipes bénéficient de temps d'échanges au sein de la structure (staffs pluridisciplinaires, réunions hebdomadaires). La traçabilité de la réflexion pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire sur la décision en soins palliatifs est effective, la coordination avec des équipes mobiles (Avignon, Vaison la Romaine à titre d'exemples) est mise en œuvre lorsque cela est nécessaire. Une démarche palliative en lien avec un gériatre de l'hôpital, pluridisciplinaire, pluriprofessionnelle et coordonnée, est mise en œuvre pour les patients en fin de vie. La coordination des acteurs dans la construction et le suivi des parcours est illustrée par les continuités de prise en charge par le biais de l'activité de consultation ou de l'activité hospitalière des néphrologues en étroite collaboration avec les professionnels des différents secteurs. La prévention des troubles nutritionnels fait l'objet d'une communication fluide et d'un partage d'informations dans la mise en place d'actions au bénéfice du patient. La gestion du risque infectieux est maîtrisée. Les précautions renforcées sont connues et appliquées, elles sont prescrites, il existe des supports d'information, l'information donnée au patient n'est pas toujours tracée dans le dossier. L'établissement bénéficie d'une pharmacie à usage intérieur placée sous la responsabilité d'un pharmacien. Le stockage des médicaments sur les unités s'effectue de manière différenciée selon les sites par le biais de locaux fermés à clé mais pas systématiquement dans des armoires fermées à clé : sur les sites d'APT et Orange les médicaments sont stockés dans une armoire non fermée dans un local fermé accessible aux magasiniers et agents de services hospitaliers. Pour l'ensemble des autres sites, le stockage est conforme aux attendus du référentiel de la HAS. La prescription d'antibiotique est argumentée dans le dossier, vérifiée et analysée par le pharmacien. L'évaluation de cette prescription est effectuée à chaque visite médicale et répond donc aux attendus des 48h et 72h. Les médecins sont formés aux bonnes pratiques d'antibiothérapie, un avis médical peut être sollicité auprès de l'infectiologue du centre hospitalier d'Avignon. L'analyse pharmaceutique permet de maîtriser le risque de dépendance. L'analyse pharmaceutique par le pharmacien est systématique pour tout entrant et pour toute nouvelle prescription. Sur le dossier patient informatisé, sont repris l'ensemble des traitements dispensés lors de la séance de dialyse et le traitement habituel du patient à son domicile. La

conciliation médicamenteuse est mise en place pour tout nouvel entrant sur la file active des patients dialysés. L'organisation de la pharmacie permet d'assurer la disponibilité des traitements notamment grâce à une dotation élaborée conjointement par les médecins et le pharmacien et revue périodiquement ; le risque de rupture de stock est évité de par la proximité des pharmacies des Centres Hospitaliers. Les professionnels maîtrisent le concept de « médicaments à risque » et la vigilance qui en relève : la liste de médicaments à risque est affichée, connue des professionnels ainsi que les risques induits par ces médicaments. La sensibilisation / formation aux médicaments à risque est effectuée par le pharmacien. La valeur seuil pour la prescription des antalgiques n'a pas toujours été retrouvée. La surveillance de l'eau de dialyse est aussi conforme aux recommandations. Les livraisons thermosensibles sont assurées par des caissons adaptés. Le patient participe aux actions d'éducation thérapeutique partagée. Un rappel des bonnes pratiques en matière d'hygiène est mis en œuvre à l'attention des professionnels mais aussi à l'attention des patients. L'équipe de soin peut faire appel, si besoin, à un réseau d'équipes de recours ou d'expertise. Les équipes évaluent leurs pratiques, des actions issues de ces évaluations sont mises en œuvre. L'appropriation des indicateurs de pratiques cliniques est en cours. Les événements indésirables associés aux soins font l'objet d'une analyse et d'actions d'amélioration. Les professionnels se sont appropriés le dispositif de déclaration. Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant, à titre d'exemple, leurs résultats des audits « branchement, débranchement », surveillance des voies d'abords vasculaires, tableau de bord des décès dans la première année de dialyse. La prise en compte et la mobilisation de l'expérience patient est effective et des actions sont programmées. Les indicateurs sont pris en compte pour modifier les pratiques mais aussi et surtout modifier le traitement adapté pour le patient. Les modalités de mise en œuvre d'une restriction de liberté respectent les recommandations de bonnes pratiques. Les risques liés à la transfusion sanguine sont maîtrisés. L'analyse bénéfices/risques est systématiquement réalisée pour tout acte de transfusion. La formation aux gestes d'urgence est effective pour l'ensemble des professionnels concernés. L'évaluation du dispositif de la prise en charge des urgences vitales est effectuée par le biais d'audits internes. Un numéro unique est présent et est testé régulièrement. La traçabilité de la vérification mensuelle d'un chariot d'urgence n'a pas été retrouvée dans sa complétude sur un service de l'établissement. Autant que faire se peut, l'ATIR a mis en place des modalités de prise en charge rapide pour les admissions en urgence dans les unités spécialisées des structures hospitalières partenaires. La prise en compte de la dimension des soins écoresponsables est en cours d'appropriation par les équipes. De ce fait, l'évaluation n'est pas encore effective.

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

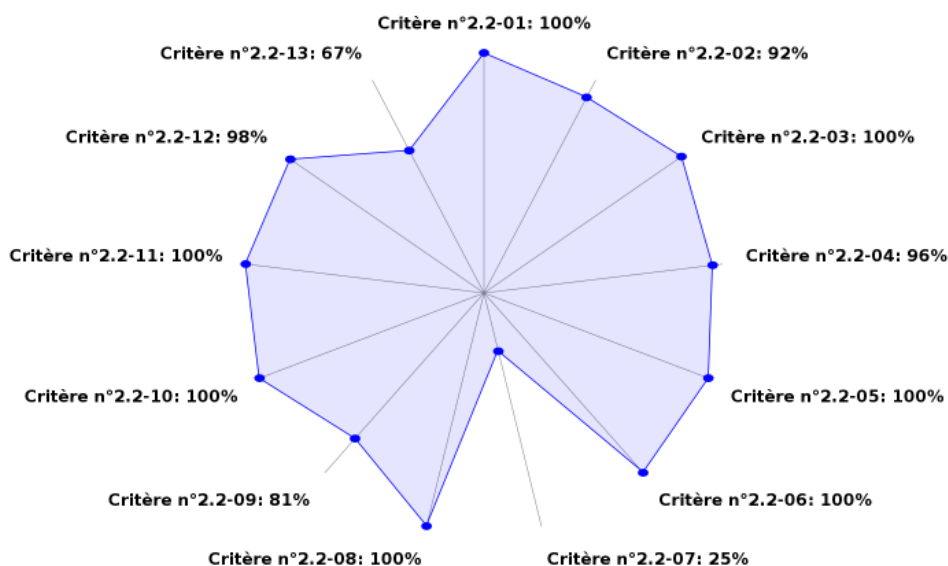
Score de l'objectif **100%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	100%
2.1-02	Les équipes de soins ont accès aux informations du patient avec un système d'information adapté	100%
2.1-03	Les équipes se coordonnent pour la mise en œuvre du projet de soins	100%
2.1-04	Les équipes réalisent la conciliation médicamenteuse pour les populations ciblées	100%
2.1-05	Les équipes se coordonnent pour mettre en œuvre la démarche palliative	100%
2.1-06	Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients	100%
2.1-13	Les équipes se coordonnent pour la réalisation des transports intrahospitaliers des patients	100%
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **94%**

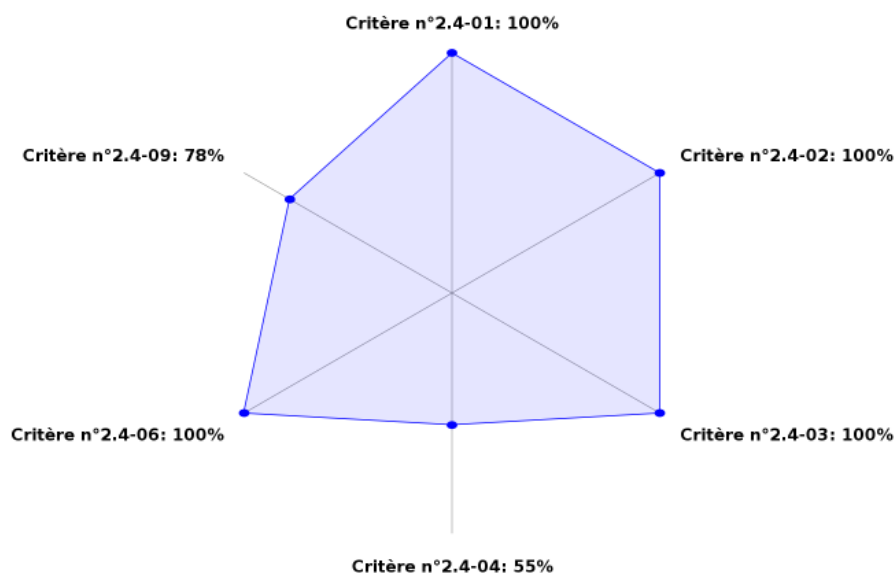


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	92%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	96%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	25%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	81%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%

2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	98%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	67%

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

Score de l'objectif **89%**

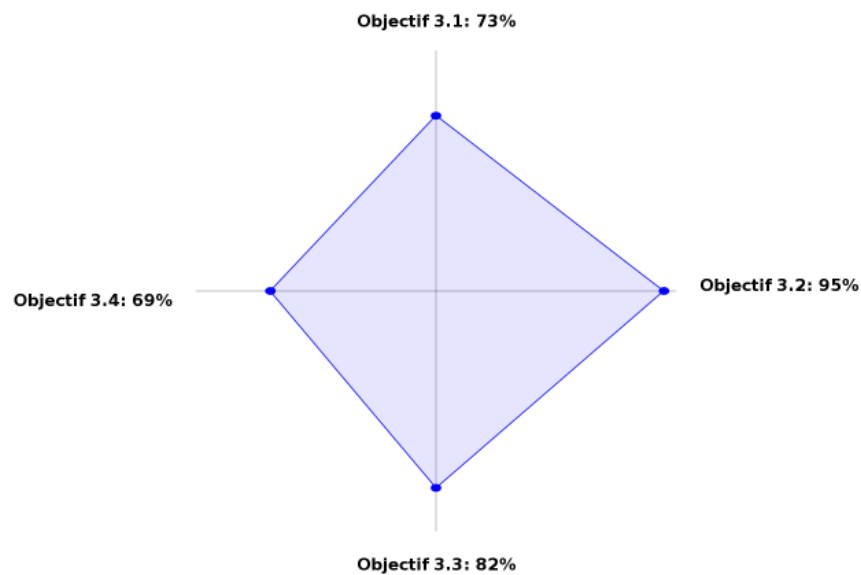


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	100%
2.4-04	Les équipes sont engagées dans une réflexion afin d'assurer des soins écoresponsables	55%
2.4-06	Les équipes améliorent leurs pratiques en se fondant sur les résultats d'indicateurs de pratique clinique	100%
2.4-09	Les équipes améliorent leurs pratiques en analysant la qualité des résultats des examens d'imagerie médicale et biologie	78%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **80%**



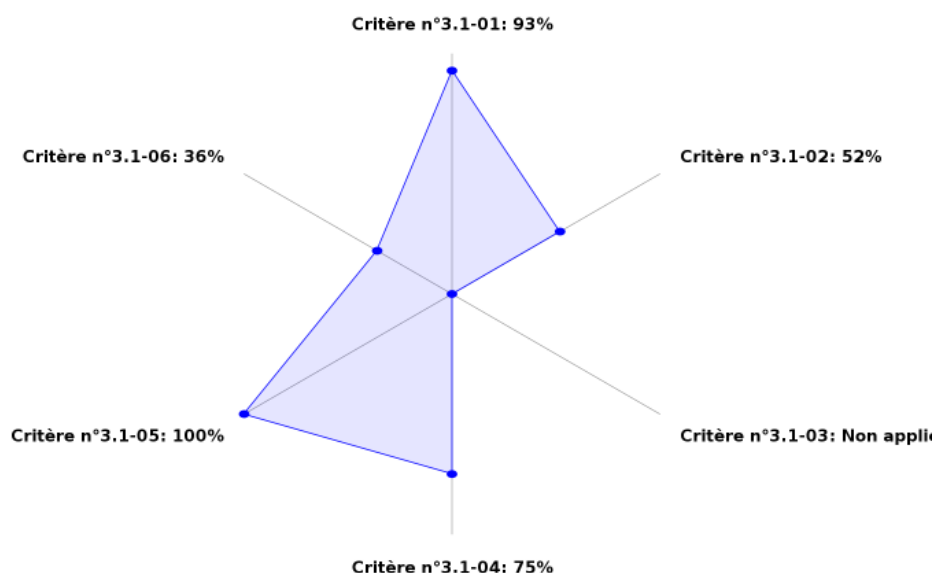
Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	73%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	95%
3.3	Le positionnement territorial	82%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	69%

Synthèse du chapitre 3

Le positionnement stratégique de l'ATIR est étroitement lié au partenariat avec les autres acteurs du territoire. Ce partenariat se décline tout au long du parcours y compris dans le cadre des transplantations. Il en est de même pour le laboratoire de biologie. En lien avec la bonne coordination des professionnels sur les parcours complexes, organisés en filières pour éviter les ruptures de parcours, l'ATIR a investi dans la coordination des acteurs de son territoire dont les communautés des professionnels de santé. Les travaux menés avec l'infectiologue du Centre hospitalier d'Avignon illustrent cette coordination. L'ATIR participe à des actions de prévention de son territoire par le biais, à titre d'exemple, de la journée de l'Assemblée générale et des actions de santé publique sur le dépistage des maladies rénales (actions de formations en lien avec la médecine de ville). L'accompagnement et le soutien aux équipes est effectif (psychologue en interne et en externe) ainsi que le maintien des compétences. Un dispositif de gestion des difficultés interpersonnelles est en place, il est connu des professionnels. L'ATIR utilise régulièrement les dispositifs de coordination présents sur le territoire. Les délais de la délivrance de la lettre de liaison sont suivis. Il est possible de contacter l'établissement 24h sur 24. Des partenaires sont identifiés dans le cadre de prestations inter-établissements, les médecins peuvent ainsi faire appel aux compétences hospitalières. La messagerie sécurisée est déployée. L'accès du patient à son dossier est facilité. L'établissement est accessible aux personnes en situation de handicap dans l'ensemble des secteurs. La politique qualité-sécurité des soins est déclinée en actions concrètes, la commission médicale est associée. Cette politique est retrouvée dans les orientations et valeurs de l'établissement. L'ATIR exploite et communique les indicateurs qualité et sécurité des soins. Les éléments constitutifs de l'évaluation de la culture qualité sont évalués de manière non exhaustive. Les audits des pratiques répondent à un calendrier prévisionnel : ils sont conduits, selon les thématiques par les référents (douleur, pharmacie, greffe, sport et santé, hygiène, Education Thérapeutique du Patient). Les professionnels rencontrés ont intégré dans leur pratique la culture de l'audit et son aboutissement sur la dynamique qualité sécurité des soins (branchements et débranchements sur cathéter, hygiène des mains). La culture du signalement par les fiches d'événements indésirables est développée sur l'établissement et la mise en place de retour d'expérience est effective en fonction de la criticité ou de la récurrence de survenue de l'événement indésirable. Au jour de la visite, aucun professionnel n'est formé à l'annonce d'un dommage associé au soin : cette formation est envisagée dans le prochain plan de formation. L'outil de gestion documentaire permet une analyse des résultats d'audits et une alimentation du plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Cet outil sera remplacé afin de faciliter l'analyse et le retour aux déclarants. Il existe des staffs d'encadrement, des staffs hebdomadaires entre cadre soignant et pharmacien autour de la sécurité médicamenteuse, ainsi que des staffs mensuels, réunissant l'encadrement de soins. La maîtrise des situations exceptionnelles est assurée : à titre d'exemple les impacts de la fermeture d'une Clinique partenaire sur un des sites ont fait l'objet d'une mise en œuvre du dispositif de gestion d'une situation exceptionnelle et du retour d'expérience à l'issue de celle-ci. Le projet stratégique décline la démarche de responsabilité sociale de l'entreprise (RSE). Il décline une organisation respectueuse de l'environnement. Un référent RSE (responsabilité sociétale et environnementale) a été désigné. La pratique de la dialyse éco-responsable est en cours de déclinaison : réduction de la consommation d'eau, de la consommation d'énergie, éco-conception des soins, réduction du volume des charges transportées, réduction des émissions carbone générées. La promotion institutionnelle de l'éthique est initiée. Elle s'illustre par des réflexions éthiques qui permettent aux professionnels de garder le sens et la proximité en associant d'autres acteurs du territoire en cas de besoin. La gouvernance impulse et soutient des démarches spécifiques d'amélioration du travail en équipe, notamment la mise en place d'un groupe Qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) piloté par la direction générale ou par la mise en œuvre d'un programme d'amélioration continue du travail en équipe sur le site d'APT. L'accompagnement des nouveaux professionnels s'effectue par le biais du tutorat. La démarche de formation de l'encadrement paramédical à la prévention et à la gestion des faits de discrimination, de violences sexistes et sexuelles et des différents entre agents a été réalisée. Il n'en est pas encore de même pour l'encadrement médical.

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

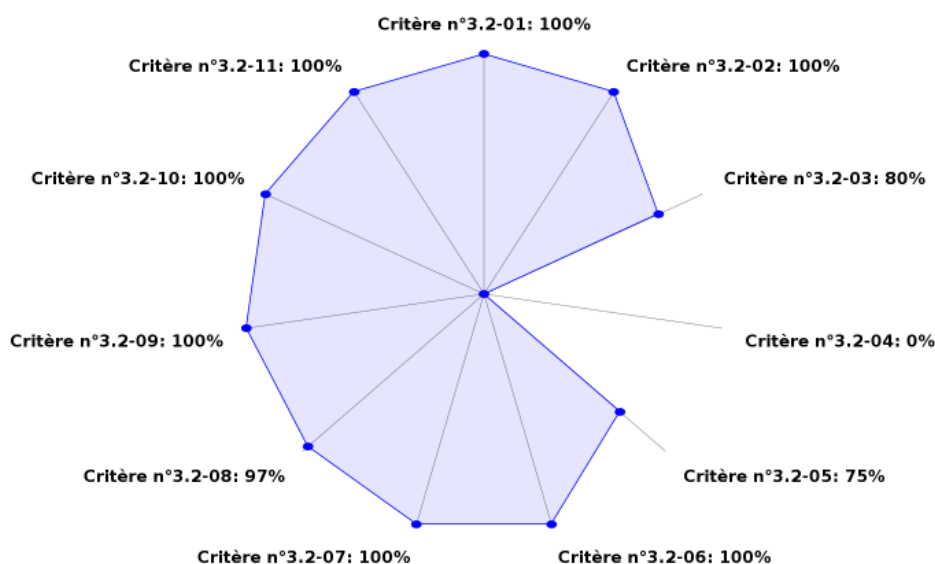
Score de l'objectif **73%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	93%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	52%
3.1-03	Des médecins et des équipes médicales sont accréditées	Non Applicable
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des évènements indésirables dont les presqu'accidents	75%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	36%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **95%**

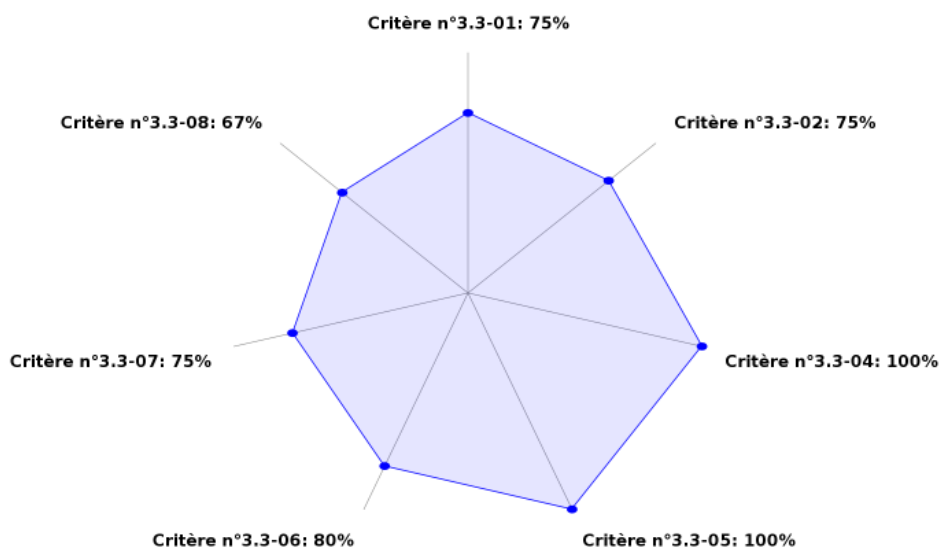


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	80%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	0%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	75%
3.2-06	La gouvernance a une politique de santé de ses professionnels	100%
3.2-07	La gouvernance a une politique de sécurité de ses professionnels	100%
3.2-08	L'établissement a une politique de qualité de vie au travail	97%
3.2-09	L'établissement a un environnement favorable à la qualité de vie au travail	100%
3.2-10	La gouvernance a une politique de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits	100%

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

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

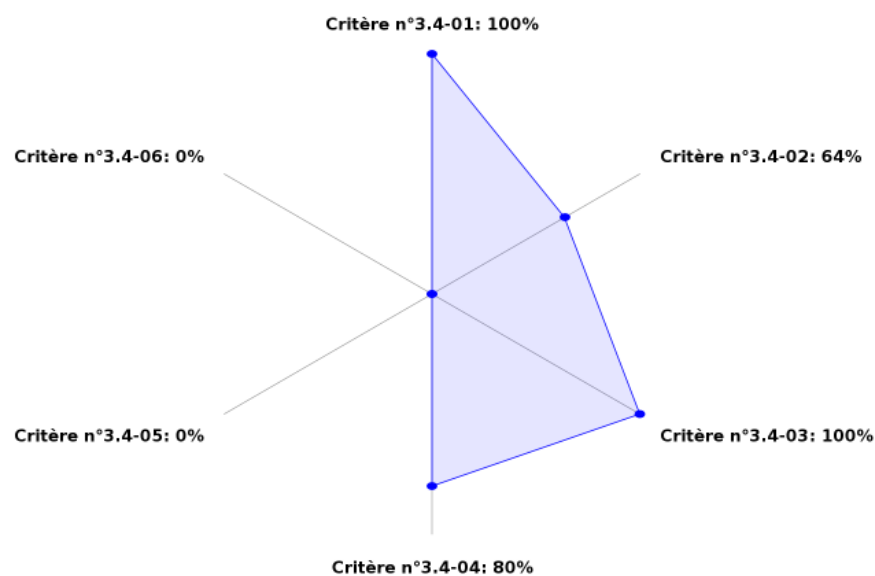
Score de l'objectif **82%**



Critères		
3.3-01	L'établissement est acteur de la coordination des parcours sur le territoire	75%
3.3-02	L'établissement oriente le patient dans un parcours adapté	75%
3.3-04	L'établissement organise les prises en charges non programmées	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%
3.3-06	L'établissement est aisément joignable tant par les usagers que par les professionnels correspondants	80%
3.3-07	L'établissement, investi ou non de missions universitaires, promeut la recherche clinique en son sein ou en lien avec d'autres acteurs du territoire	75%
3.3-08	L'établissement participe à la mission d'enseignement et d'éducation sur son territoire	67%

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

Score de l'objectif **69%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	64%
3.4-03	L'établissement agit pour la transition écologique	100%
3.4-04	L'établissement utilise la télésanté pour améliorer le parcours du patient	80%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	0%

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

