



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**CENTRE
HEMODIALYSE DE
NOUILLY - ASA**

Rue saint andre
Site hopital robert schuman
57645 NOUILLY



Validé par la HAS en Mars 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 – Mars 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	6
Les évaluations réalisées pendant la visite	7
La décision	8
Les résultats	9
Les résultats des critères impératifs et avancés	10
Chapitre 1 : Le patient	13
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	13
Synthèse du chapitre 1	14
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	16
Objectif 1.2 : L'information du patient	17
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	18
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	19
Chapitre 2 : Les équipes de soins	20
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	20
Synthèse du chapitre 2	21
Objectif 2.1 : La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	23
Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques	24
Objectif 2.4 : La culture de la pertinence et de l'évaluation	26
Chapitre 3 : L'établissement	27
Résultats du chapitre 3 : Objectifs	27
Synthèse du chapitre 3	28
Objectif 3.1 : Le management global par la qualité et la sécurité des soins	31
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	32
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	34
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	35

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

CENTRE HEMODIALYSE DE NOUILLY - ASA	
Adresse	Rue saint andre Site hopital robert schuman 57645 NOUILLY FRANCE
Département / Région	Moselle / Grand-Est
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	570013797	ASSOCIATION SAINT ANDRE (ASA)	Rue saint andre Site hopital robert schuman 57645 NOUILLY FRANCE
Établissement géographique	570015636	CENTRE DE DIALYSE DE TALANGE (ASA)	2 rue Simone de Beauvoir 57525 TALANGE FRANCE
Établissement principal	570010082	DIALYSE HORS CENTRE - NOUILLY - SITE HOPITAL ROBERT SCHUMAN	Rue saint andre Site hopital robert schuman 57645 NOUILLY FRANCE
Établissement géographique	570027045	DIALYSE HORS CENTRE - ASA - SITE HOPITAL SAINT-AVOLD	Rue ambroise pare Bp 20204 57502 ST AVOLD FRANCE
Établissement géographique	570004002	DIALYSE HORS CENTRE - ASA - SITE HOPITAL FREYMING (ASA)	2 rue de france 57800 Freyming Merlebach 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 **3** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **3** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **9** 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
- 4 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 2 mesure(s) de prévention des infections associées aux soins
- 1 transfusion(s) sanguine(s)
- 0 appel(s) au SAMU / sortie(s) du SMUR
- 0 prescription(s) d'isolement
- 1 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **12** équipes de professionnels de terrain pour évaluer les organisations et leur déclinaison opérationnelle autour de 5 thèmes :

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



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

La décision

La HAS peut prononcer trois types de décision :

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

Pour prendre sa décision, la HAS se base sur :

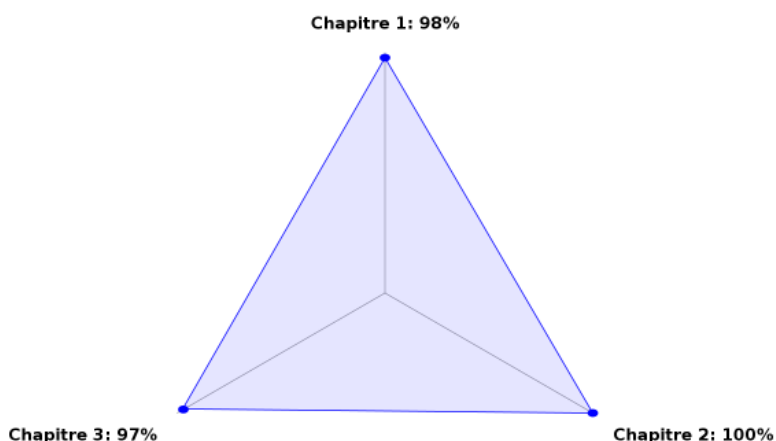
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs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

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

Les résultats

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

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



Chapitre		
Chapitre 1	Le patient	98%
Chapitre 2	Les équipes de soins	100%
Chapitre 3	L'établissement	97%

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.

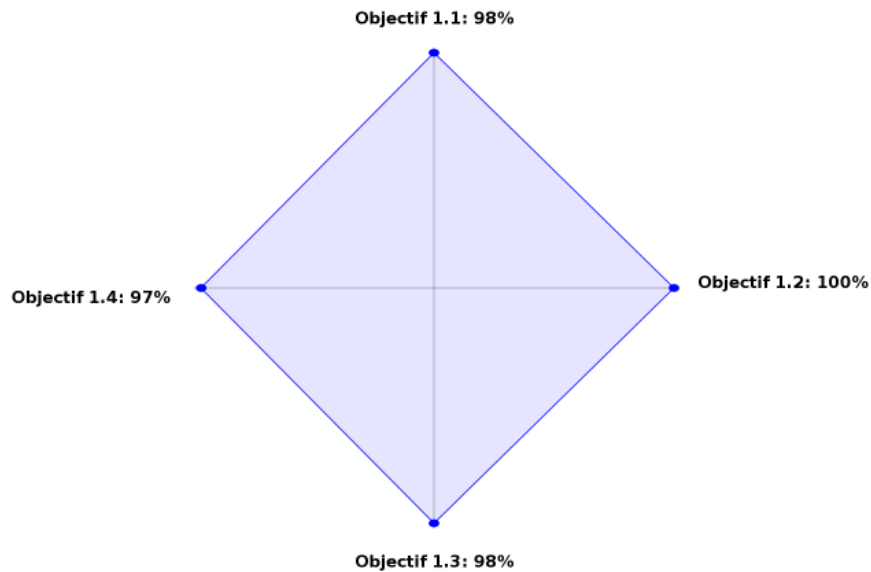
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	100%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager 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	100%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	94%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.4-02	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	50%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	88%
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	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **98%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	98%
1.2	L'information du patient	100%
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	97%

Synthèse du chapitre 1

Tous les patients rencontrés qu'ils soient hospitalisés en centre de dialyse médicalisée, en centre d'auto-dialyse ou en dialyse à domicile considèrent que les conditions de leur prise en charge et que les pratiques des professionnels sont respectueuses de leur intimité et de leur dignité. Des dispositifs de séparation sont utilisés au moment du branchement sur cathéter dans les centres de dialyse médicalisée. La prise en charge de la douleur est bien codifiée ; elle est systématiquement évaluée par une échelle adaptée et lorsque qu'un antalgique est nécessaire, la prescription est effectuée par le médecin présent. Les équipes proposent aux patients des alternatives au traitement antalgique médicamenteux, comme le casque à réalité virtuelle ou la réalisation d'hypnose avec une infirmière praticienne en hypnothérapie. Tous les patients rencontrés considèrent qu'ils ont bénéficié d'une prise en charge bienveillante et respectueuse de la confidentialité. Ils confirment que les professionnels se présentent tous en précisant leur fonction.

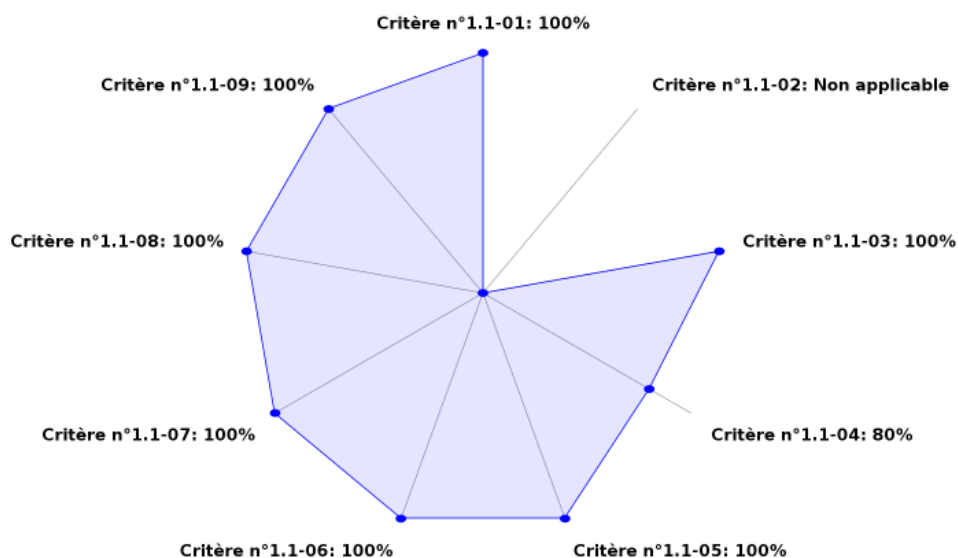
Les patients reçoivent un livret d'accueil, des documents sur la maladie rénale chronique mais également de nombreuses explications délivrées par les professionnels de l'établissement. Lors du début de la prise en charge de la maladie rénale chronique et en pré suppléance, de nombreuses informations ainsi que de l'éducation thérapeutique personnalisée sont proposées dans le cadre du programme : « Mieux vivre avec une maladie rénale chronique ». Ces informations permettent au patient de valider et de consentir à son projet de soins. De même lors de l'entrée en dialyse, le patient est accueilli dans « l'unité d'accueil, d'éducation et d'orientation » afin qu'il acquière les connaissances pour gérer au mieux son insuffisance rénale et son parcours de soins. Ce programme de 3 semaines minimales est effectué en présence d'un médecin néphrologue, de l'infirmière de parcours mais aussi avec le concours de tous les professionnels que rencontrera le patient dans sa prise en charge (hygiéniste, infirmière en pratique avancée, équipe de pré-transplantation, diététicienne, éducateur d'activité physique adaptée, psychologue, assistante sociale, pharmacienne, secrétaires, qualitiennne, ...). Cela permet également à l'équipe de soins d'évaluer les potentiels d'automatisation du patient et de lui proposer la modalité de traitement la plus adaptée pour une meilleure qualité de vie. Les patients rencontrés connaissaient l'existence des représentants des usagers (RU), se disaient être informés de leur droit à rédiger des directives anticipées. Ils savaient également que l'établissement leur adresse régulièrement des documents dans leur dossier médical partagé (DMP) de « Mon Espace Santé » (MES). Cependant ils ne connaissaient pas leur possibilité de déclarer un événement indésirable associé aux soins. Les patients et leurs proches sont informés non seulement sur les droits du patient mais aussi sur leurs obligations. Un contrat d'engagement est d'ailleurs signé par tout patient.

Les patients sont informés des hypothèses diagnostiques, des soins et des traitements qui leurs sont proposés. Ils sont associés à la réflexion bénéfiques/risques, et invités à exprimer leur consentement libre et éclairé sur leur projet de suppléance rénale. Des réévaluations régulières de leur état clinique leur permettent d'accepter une évolution de leur prise en charge. Pour maintenir leur autonomie la pratique d'activité physique adaptée est proposée (pédaliers disponibles durant la période de dialyse mais aussi la participation aux activités de la Maison Santé Sport. L'établissement a obtenu la labélisation « Prescri'Mouv ». Les patients connaissent le rôle de la personne de confiance et peuvent la désigner. Cependant la cosignature de la personne de confiance désignée n'a pas été retrouvée dans l'ensemble des dossiers patients.

L'établissement recueille et analyse la satisfaction des patients au moyen d'un questionnaire spécifique qui est adressé annuellement. Les résultats sont analysés et partagés avec les équipes de soins et donnent lieu à la mise en œuvre de mesures d'améliorations par exemple sur la nature et le contenu des collations. De plus il existe dans ce questionnaire une question ouverte permettant d'évaluer les résultats de soins perçus par le patient sur sa vie tels que définis dans les PROMs (Patients-Reported Outcome Measures). L'établissement a prévu de renforcer cette partie du questionnaire avec l'aide des représentants des Usagers. Il existe plusieurs patients partenaires qui peuvent rencontrer les patients, les informer par exemple sur leurs expériences de la greffe rénale ou de l'hémodialyse à domicile, ils participent aussi à la formation des professionnels de santé. Les représentants des usagers avaient rédigé un premier projet des usagers qui consistait à l'organisation de la journée des aidants qui est régulièrement reconduite et appréciée. Actuellement un deuxième projet des usagers est en cours de rédaction sur l'accueil des patients dans les unités. Les représentants des usagers sont impliqués dans les différentes instances de l'établissement et accompagnent la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

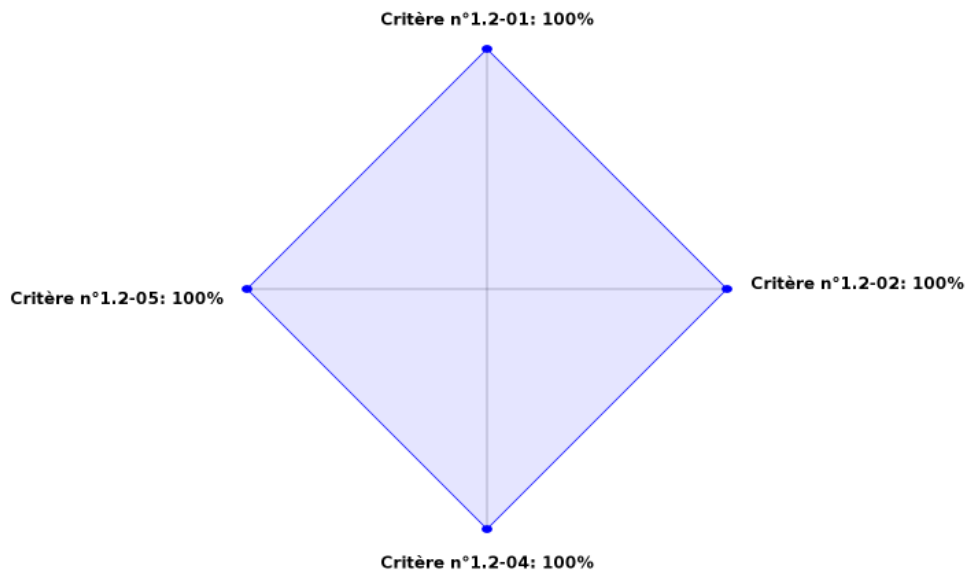
Score de l'objectif **98%**



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 bienveillante	100%
1.1-07	La prise en charge des maltraitances externes est organisée	100%
1.1-08	Le patient accède à son dossier dans les délais légaux	100%
1.1-09	Le décès du patient et l'accompagnement de l'entourage font l'objet d'une prise en charge adaptée	100%

Objectif 1.2 : L'information du patient

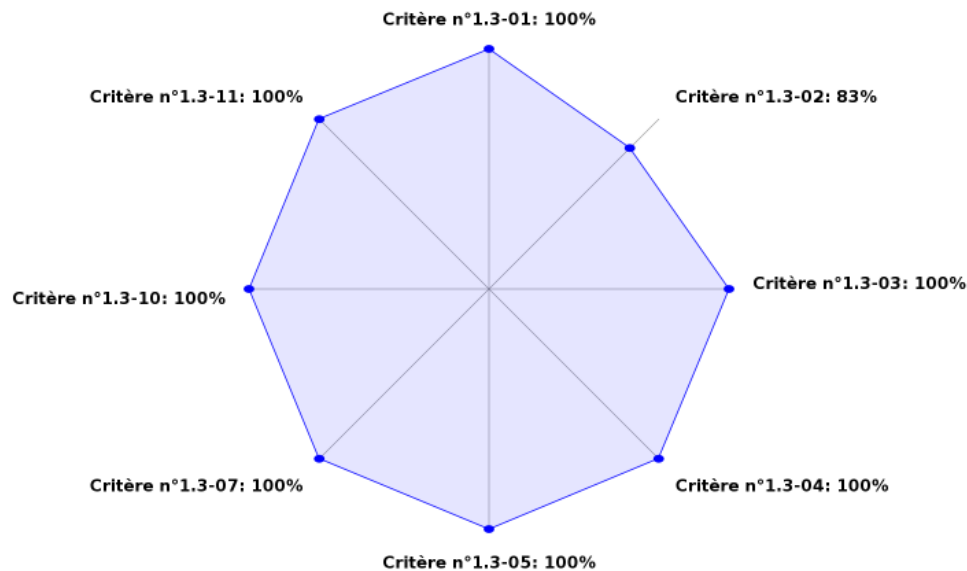
Score de l'objectif **100%**



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.	100%

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

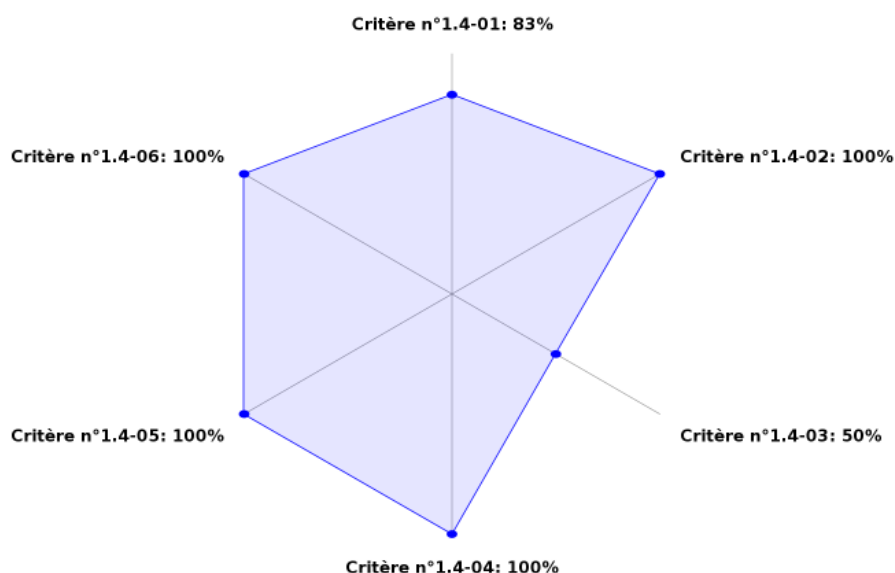
Score de l'objectif **98%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	83%
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 **97%**

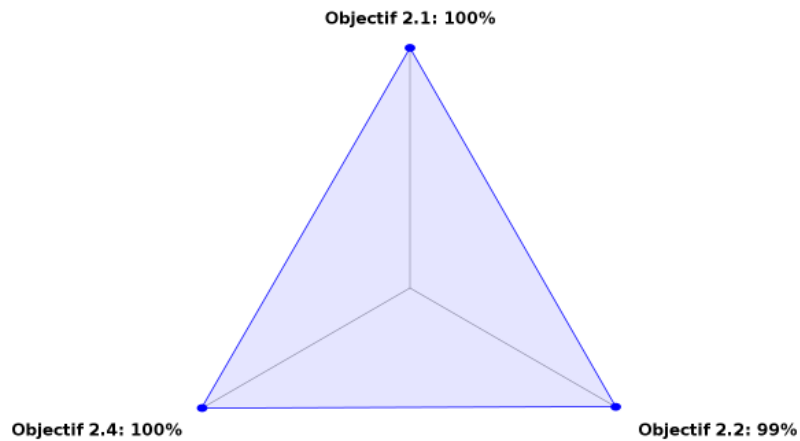


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	83%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	50%
1.4-04	Les patients partenaires et les associations de patients sont mobilisés dans la construction des parcours de soins	100%
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 **100%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	100%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	99%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	100%

Synthèse du chapitre 2

Les professionnels de santé (médecins, soignants et équipes de soins de support) accèdent tous au dossier médical actualisé et tracent les éléments nécessaires à la coordination de la prise en charge du patient. Le projet de soins, généralement établi en phase de pré suppléance rénale, intègre des actions de prévention en tenant compte des facteurs de risque de chaque patient. La conciliation médicamenteuse est engagée dans l'établissement pour les patients les plus à risques et elle est réalisée selon les bonnes pratiques avec notamment trois sources d'informations. Les troubles nutritionnels sont évalués et réévalués régulièrement pour tous ces patients insuffisants rénaux par la diététicienne, ce qui permet de personnaliser les recommandations nutritionnelles. Lors des consultations de suivi de ces patients, les informations permettant une bonne coordination « hôpital/ ville », sont présentes dans la lettre de liaison.

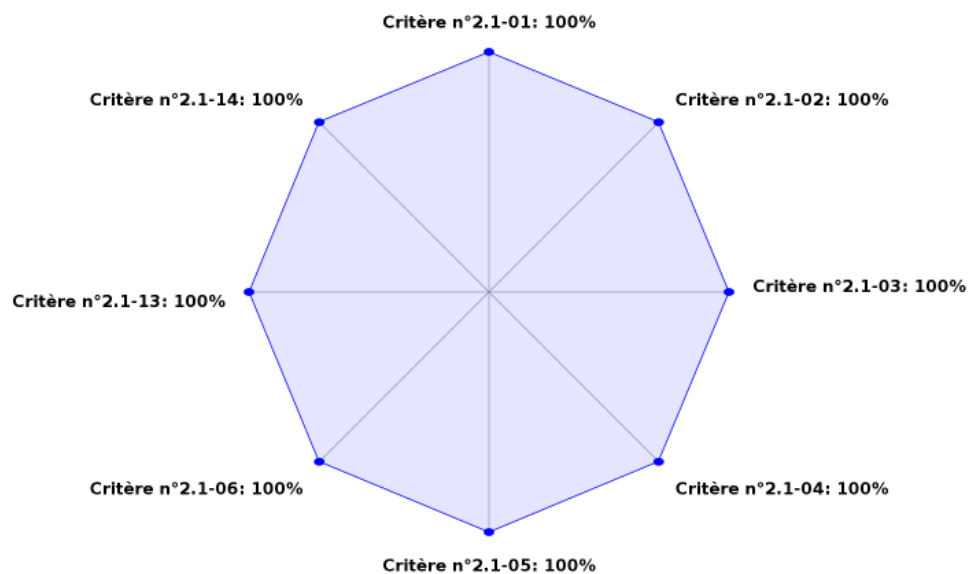
Tous les professionnels rencontrés connaissent et appliquent les règles d'identitovigilance, il a été observé un score de qualification de l'Identité Nationale de Santé (INS) élevé (>90%). La prescription médicamenteuse mentionne l'identification et la signature du médecin prescripteur mais aussi la posologie et la voie d'administration, cependant le logiciel informatique impose une prescription en mode Princeps puis une conversion secondaire des molécules en Dénomination Commune Internationale (DCI). Cette transformation automatique est parfois source d'erreur pouvant induire un risque pour les patients. En attente de la correction de cette anomalie du logiciel métier par son éditeur et pour la sécurité des patients, la prescription des médicaments administrés en per dialyse est actuellement maintenue en mode Princeps. En revanche les ordonnances émises par l'établissement répondent bien aux attentes car sont rédigées en DCI. Toute prescription conditionnelle est argumentée en référence à une valeur seuil (glycémie ou douleur). L'analyse pharmaceutique est réalisée en s'appuyant sur les données biologiques et en accédant au dossier du patient. Les interventions pharmaceutiques sont prises en comptes par les services prescripteurs. Le stockage des produits de santé se fait dans de bonnes conditions à la pharmacie à usage intérieur et dans les services de soins. Les conditions de transport de produits de santé sont adaptées et sécurisées, y compris pour les techniques de dialyse effectuées à domicile. Les professionnels respectent les bonnes pratiques de préparation en évitant les interruptions de tâches et respectent les bonnes pratiques d'administration. Ils connaissent les médicaments les plus à risque et sont formés à la prévention du risque médicamenteux. Ces formations sont complétées par des vidéos et des messages ludiques (les incollables, la chasse aux erreurs médicamenteuse). Après l'évaluation de l'autonomie du patient et après une phase d'apprentissage sous contrôle d'un professionnel de santé, une validation médicale de l'auto-administration des médicaments par les patients (PAAM) peut être décidée dans le cadre de la dialyse péritonéale à domicile et de l'hémodialyse à domicile. Cependant une télésurveillance réalisée au moyen d'une tablette connectée est mise en place et permet une remontée des informations dans le dossier patient. Cette procédure accroît la sécurité de cette autonomie du patient à distance de l'établissement et permet également de remonter l'information de l'administration ou la non-administration d'un médicament dans le dossier médical du patient. Les équipes appliquent les prérequis à l'hygiène des mains et connaissent les situations pour lesquelles il faut adjoindre des précautions complémentaires. La prise en charge des urgences vitales repose sur l'intervention rapide de professionnels formés, la présence de chariots d'urgences contrôlés et un numéro d'appel unique par site. Des exercices de simulation ont déjà été menés. Un suivi des utilisations des chariots

d'urgence est effectué par la gouvernance (une seule utilisation pour les 2 dernières années sur les 4 sites).

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques sont accessibles dans la base documentaire de l'établissement. Une réunion mensuelle de bibliographie avec la présence des médecins néphrologues permet d'actualiser les documents en fonction des nouvelles recommandations nationales ou internationales. Les prescriptions d'antibiotiques sont rares mais elles sont justifiées et réévaluées selon les attendus. Un référent antibiotique est présent dans l'établissement et de plus en cas de besoin un avis spécialisé peut être demandé auprès du service de maladies infectieuses du CHR. La seule restriction de liberté mise en place au sein de l'établissement est l'utilisation de barrières de lit. Elles sont souvent demandées par les patients mais font l'objet d'une prescription médicale préalable puis d'une analyse pluriprofessionnelle. Tout ceci est tracé dans le dossier du patient. Les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont partagés avec les équipes de soins. L'établissement promeut et organise l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et intègre les actions d'amélioration qui en résultent, dans les dispositifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

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

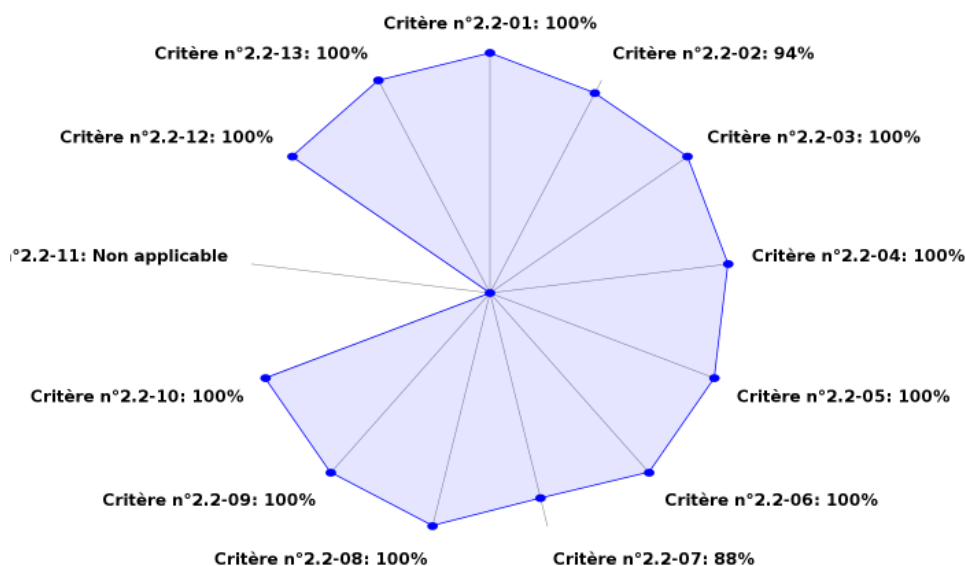
Score de l'objectif **100%**



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 **99%**

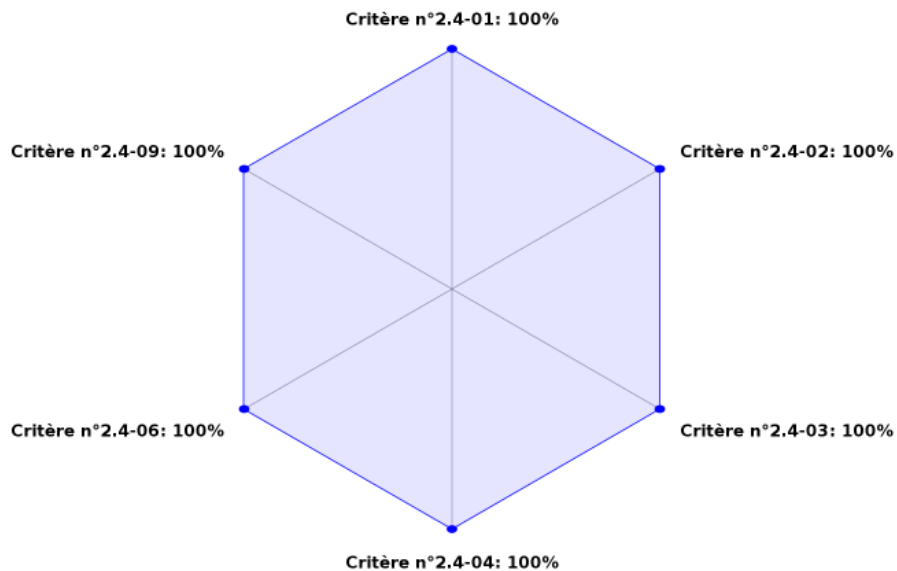


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	94%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	88%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%

2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	Non Applicable
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%

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

Score de l'objectif **100%**

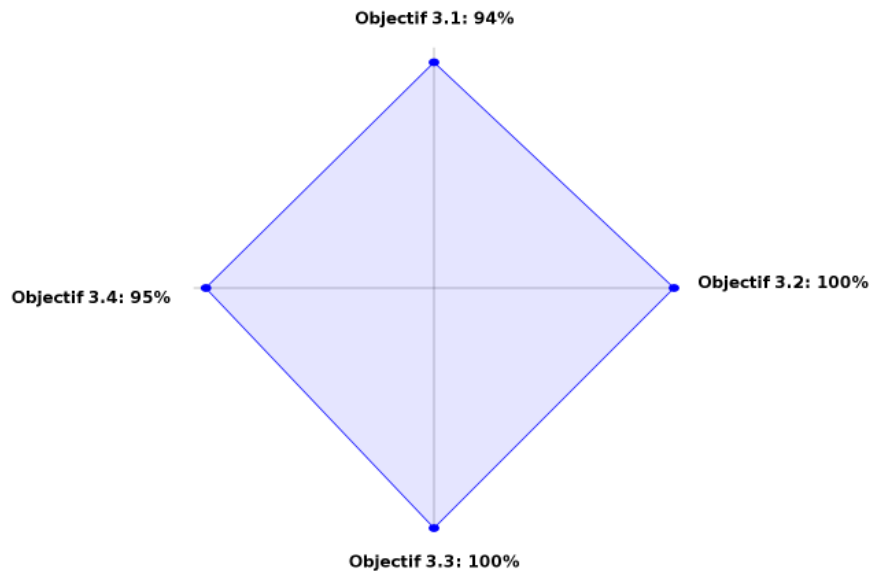


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des 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	100%
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	100%

Chapitre 3 : L'établissement

Résultats du chapitre 3 : Objectifs

Score du chapitre **97%**



Objectifs		
3.1	Le management global par la qualité et la sécurité des soins	94%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	100%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	95%

Synthèse du chapitre 3

La commission médicale d'établissement avec l'équipe de direction et les représentants des usagers (RU) définissent la politique de la qualité et de la sécurité des soins et déclinent des objectifs d'amélioration notamment sur la base des indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) et des enquêtes de satisfaction des patients. La démarche Qualité et de gestion des risques se matérialise, en plus des différentes instances de l'établissement, par une cellule qualité et gestion des risques et un comité de coordination des vigilances et des risques. Le programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins (PAQSS) est structuré et suivi. Les professionnels rencontrés peuvent citer plusieurs actions inscrites au PAQSS. Bien qu'il n'y ait pas eu d'enquête sécurité des soins menée auprès des soignants, une programmation récente de rencontres mensuelles sur ce thème est mise en place entre la gouvernance et les soignants. Les équipes de soins déclarent les événements indésirables et les presque-accidents. Toutes les déclarations sont analysées en associant les équipes concernées (avec une méthode d'analyse des causes) et un retour est systématiquement effectué auprès des déclarants. Les événements indésirables associés aux soins sont tracés dans le dossier du patient ainsi que l'information donnée au patient ou à sa famille. Les événements indésirables graves associés aux soins peuvent faire l'objet de déclaration sur le portail de signalement de l'ARS ; une déclaration est en cours de traitement en 2025. Cependant seul le médecin médiateur est formé à l'annonce d'un dommage lié aux soins mais en cours de visite la direction de l'établissement a pris la décision de rajouter au plan de formation 2026 une formation sur l'annonce d'un dommage lié aux soins qui sera destinée en priorité à l'ensemble de l'équipe médicale, de l'équipe d'encadrement et aux infirmières de pratique avancée. L'ASA a identifié les principales menaces susceptibles d'impacter le fonctionnement des centres de dialyse. Une panne ou un incident sur l'alimentation électrique, sur la qualité de l'eau ou plus souvent sur le bon fonctionnement des osmoseurs doit être résolue rapidement pour limiter des retards de séances de dialyse ou des reprogrammations dans des centres plus éloignés du domicile des patients. La cellule de crise est ainsi régulièrement convoquée pour un problème technique et elle est opérationnelle dans les délais demandés. Des retours d'expérience sont systématiquement menés et ont permis d'adapter certaines fiches réflexes. La réflexion éthique est portée par l'établissement et est gérée par une psychologue. Un espace de réflexion éthique appelé « parenthèse éthique » intègre également les patients partenaires et les RU.

L'établissement pilote l'adéquation des ressources humaines. Lorsque des écarts ponctuels entre effectif cible et effectif réel sont constatés, des dispositions immédiates sont mobilisées (heures supplémentaires, mode dégradé, annulation de formation, ...) ; de plus une cellule planning siège tous les jeudis. Les professionnels peuvent bénéficier de formations en cohérence avec les actions du PAQSS, il existe des formations en e-learning, mais aussi des formations mises en place par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales ou le Comité de Lutte contre la Douleur. Des programmes de formation par simulation en santé sont réalisés sur site par des organismes de formation extérieurs, c'est le cas par exemple pour la prise en charge des urgences vitales ou la participation à un escape game de cybersécurité. Des formations sur la gestion des incivilités et de l'agressivité sont réalisées afin de pouvoir prévenir les faits de discrimination, de harcèlement ou de conflits. Une charte managériale existe au sein de l'établissement et permet à l'encadrement de s'y appuyer pour exercer ses fonctions. L'encadrement paramédical se réunit chaque semaine, c'est un temps de soutien et d'échanges. Les entretiens d'évaluation effectués par l'encadrement auprès des professionnels de

santé permettent, en outre, de recueillir les souhaits de formation. Un bilan des formations dispensées est réalisé annuellement. L'établissement dispose d'une politique de formation actualisée. Des actions de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre, les professionnels sont accompagnés tout au long des campagnes de vaccination et peuvent y accéder facilement. La politique qualité de vie au travail est ajustée au regard d'indicateurs des professionnels de terrain, de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Durant la semaine qualité de vie au travail, des journées Bien-être sont organisées avec en particulier des séances de massage ou d'ostéopathie qui sont proposées aux salariés. Dans le respect de la réglementation et des recommandations de bonnes pratiques, la gouvernance soutient le travail d'équipe dont la pratique avancée et les délégations de tâches entre professionnels. Il existe 2 infirmières en pratique avancée (IPA), des infirmières ressources, des équipes d'encadrement de proximité renforcées et la création de deux postes d'aides-soignantes.

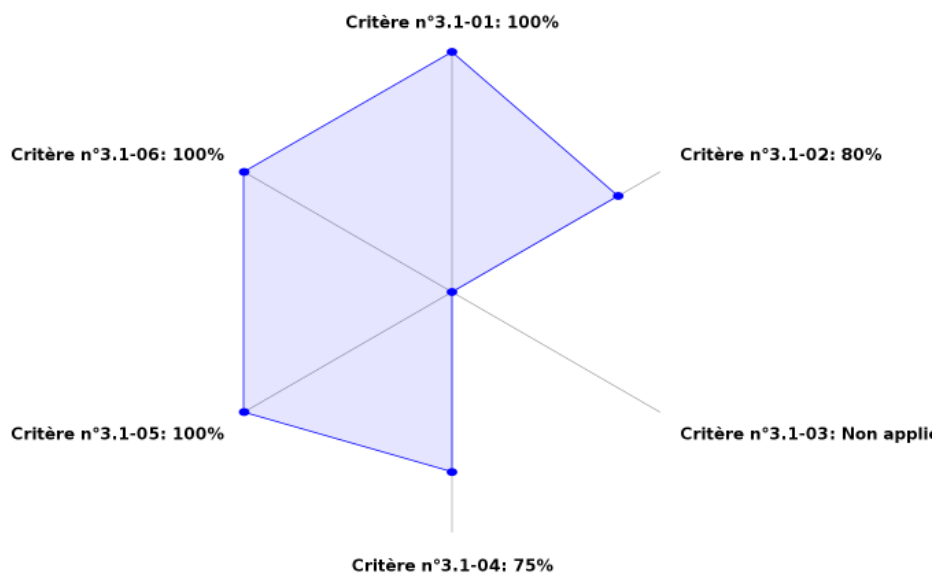
L'association Saint André (ASA) est un établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) dédié à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique de l'adulte ; il se déploie sur 4 sites : Metz-Nouilly, Talange, Saint Avold et Freyming Merlebach. L'établissement assure une prise en charge des patients, hors centre lourd, et cela au plus proche de la population. L'établissement dispose d'unités d'auto-dialyse, d'unités de dialyse médicalisée, d'une unité d'entraînement à l'hémodialyse et d'une unité de dialyse péritonéale. L'ASA est intégrée dans le réseau néphrologique lorrain SE-REIN et INNOV-NEHRO. L'établissement entretient des partenariats avec les établissements partenaires dont l'Hôpital SCHUMAN et l'hôpital SOS de Saint Avold. L'ASA qui souhaite développer l'orientation des patients vers la greffe rénale, a des relations avec les centres de transplantation de Nancy, Strasbourg et Lyon. Un document pour expliquer la greffe donneur vivant a été rédigé par les IPA ; il a été validé et est distribué pour expliquer cette technique. Pour la prise en charge d'insuffisance rénale sur maladie rare, les dossiers sont présentés aux réunions de concertation pluridisciplinaires régionales ou nationales. Des rencontres sont organisées avec les professionnels de terrain, par exemple lors de la réalisation d'enseignements post universitaires pour les médecins généralistes du territoire. Cependant il n'y a pas encore eu d'action avec les correspondants externes pour informer les patients sur l'importance à rédiger des directives anticipées. La Maison Santé sport qui permet la remise en activité des patients, a également développé un réseau de clubs d'activité sportive adaptée pour les patients du territoire. En cas de situation d'urgence, les patients sont orientés vers le service de néphrologie ou le centre lourd de dialyse d'un des établissements partenaires. Les patients qui sont pris en charge en centre de dialyse médicalisée, sont vus à chaque séance par un néphrologue et ce suivi très régulier évite un passage inutile aux urgences. Un annuaire est disponible pour les praticiens de ville, il existe également un numéro dédié qui permet de joindre un néphrologue pour un avis aux heures de fonctionnement des dialyses médicalisées. L'établissement n'est pas investi de missions universitaires mais promeut la recherche clinique ; les IPA ont déposé 2 projets de recherche.

Les risques environnementaux et les enjeux du développement durable sont pris en compte dans les activités. Il existe deux référents développement durable dans l'établissement. L'ASA a intégré la démarche « Néphrologie verte » de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation. Un outil d'autoévaluation est testé dans l'établissement ; il permet d'évaluer les efforts conduits en termes de consommation d'eau, d'électricité mais aussi d'émission de gaz à effet de serre. Ces évaluations sont effectuées sur chaque site et permettent de définir les axes prioritaires d'amélioration. Par exemple, Il est possible d'évoquer le bilan de la consommation d'eau qui est plus faible sur le site de Nouilly dont l'osmoseur consomme moins d'eau et de plus il existe une réutilisation de l'eau en

provenance des osmoseurs pour l'alimentation des chasses d'eau de l'établissement. En revanche sur le site de Freyming l'osmoseur, plus ancien, a une consommation plus importante en eau et il sera changé en priorité. Il existe un tri sélectif des déchets qui est bien mené et appliqué par tous. Pour la deuxième année consécutive, il sera organisé une semaine du développement durable à laquelle peuvent participer le personnel mais aussi les patients (exemples d'activités : vélo à Smoothie, vélo chargeur de téléphone, Quizz, ...). L'établissement favorise la mobilité durable pour le personnel et les patients. Une mise en place d'une télésurveillance des patients dialysés à domicile (hémodialyse et dialyse péritonéale) permet le suivi des paramètres cliniques, grâce à la consultation à distance de ceux-ci par les infirmières et néphrologues de l'ASA. Ces tablettes connectées permettent de remonter des informations plus nombreuses et pertinentes des patients pris en charge à domicile vers chaque dossier patient informatisé.

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

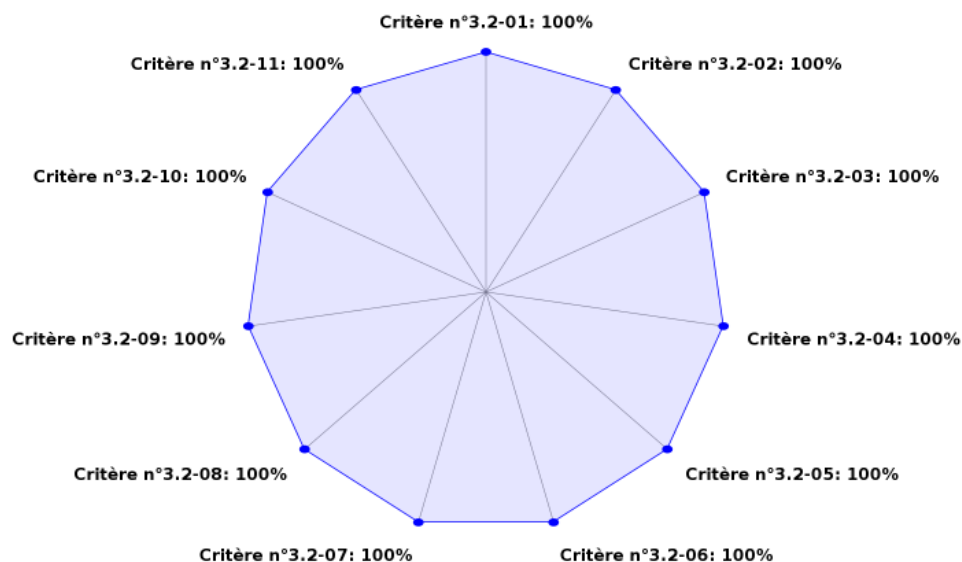
Score de l'objectif **94%**



Critères		
3.1-01	La gouvernance déploie une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	100%
3.1-02	L'établissement soutient une culture qualité et sécurité auprès de ses professionnels	80%
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	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **100%**

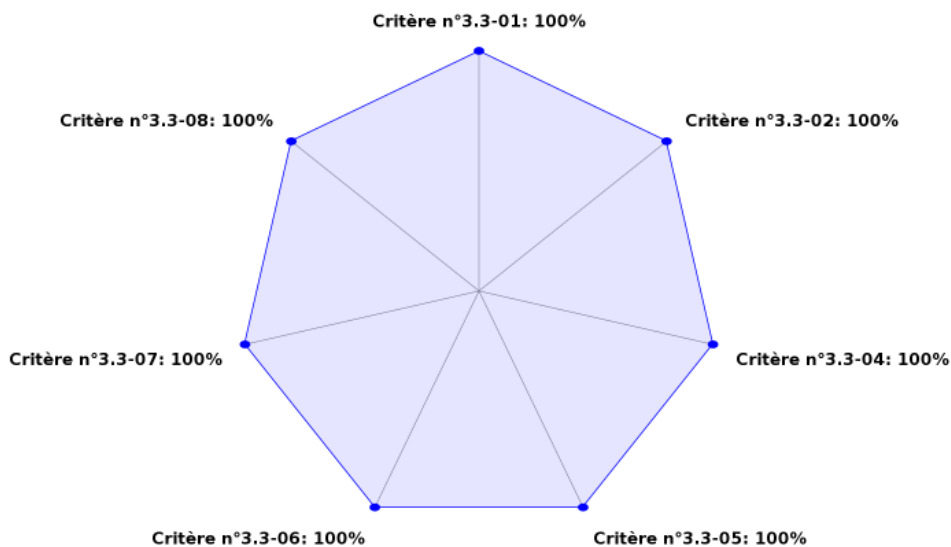


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires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

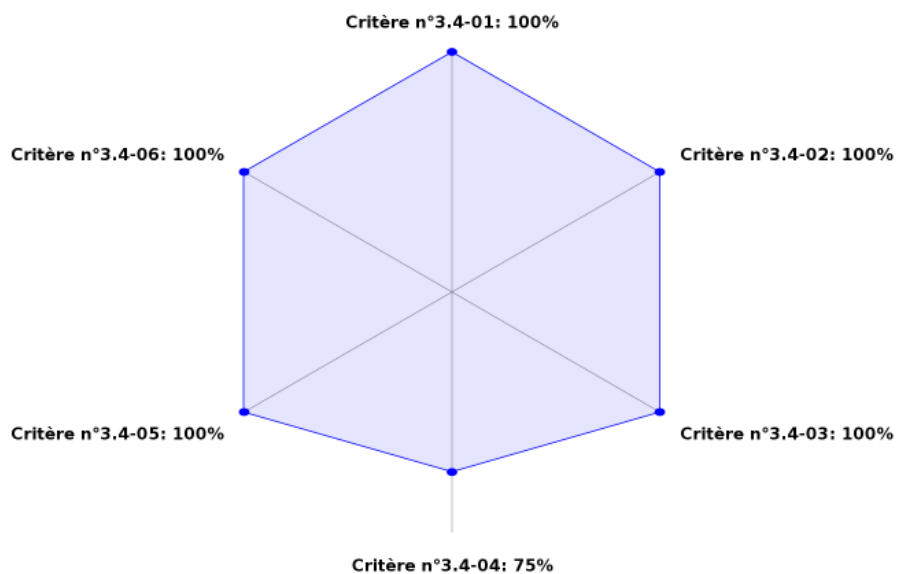
Score de l'objectif **100%**



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

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

Score de l'objectif **95%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	100%
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	75%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	100%

Retrouvez tous nos travaux sur

www.has-sante.fr

