



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

MESURER

& AMÉLIORER LA QUALITÉ

**RAPPORT DE
CERTIFICATION**

**ASSOCIATION
SANTELYS
BOURGOGNE
FRANCHE COMTE**

4 rue de la brot
Bp 86
21850 Saint Apollinaire



Validé par la HAS en Juin 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 – Juin 2026

Sommaire

Préambule	4
Présentation	5
Les critères évalués	8
Les évaluations réalisées pendant la visite	9
La décision	10
Les résultats	11
Les résultats des critères impératifs et avancés	12
Chapitre 1 : Le patient	15
Résultats du chapitre 1 : Objectifs	15
Synthèse du chapitre 1	16
Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient	17
Objectif 1.2 : L'information du patient	18
Objectif 1.3 : L'engagement du patient dans son projet de soins	19
Objectif 1.4 : L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	20
Chapitre 2 : Les équipes de soins	21
Résultats du chapitre 2 : Objectifs	21
Synthèse du chapitre 2	22
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	29
Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	30
Objectif 3.3 : Le positionnement territorial	32
Objectif 3.4 : L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	33

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 SANTELYS BOURGOGNE FRANCHE COMTE	
Adresse	4 rue de la brot Bp 86 21850 Saint Apollinaire FRANCE
Département / Région	Côte-d'Or / Bourgogne-Franche-Comté
Statut	Privé
Type d'établissement	Établissement de santé privé d'intérêt collectif

Type de structure	N° FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Établissement juridique	210012290	SANTELYS BOURGOGNE FRANCHE-COMTE	4 rue de la brot 21850 ST APOLLINAIRE FRANCE
Établissement géographique	390006740	UNITE DE DIALYSE LONS LE SAUNIER	SANTELYS BFC CH LONS BATIMENT SEGUIN 55 RUE DR JEAN MICHEL 39000 LONS LE SAUNIER FRANCE
Établissement géographique	700005739	UNITE DE DIALYSE DE GRAY	18 IMPASSE PIERRE THEVENOT 70100 GRAY FRANCE
Établissement géographique	210013470	UNITE DE DIALYSE DE SEMUR-EN-AUXOIS	2 DU 8 MAI 21140 SEMUR EN AUXOIS FRANCE
Établissement géographique	010011385	UNITE DE DIALYSE AMBERIEU EN BUGEY	SANTELYS BFC 31 Rue DU Pr Luc Montagnier 01500 AMBERIEU EN BUGEY FRANCE
Établissement principal	210010484	SANTELYS BFC ETABLISSEMENT	4 rue de la brot Bp 86 21850 Saint Apollinaire FRANCE
Établissement géographique	700003577	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE VESOUL	1 rue Simone Veil 70000 VESOUL FRANCE
		SANTELYS BFC -	12 bis boulevard de verdun

Établissement géographique	890008295	UNITE DE DIALYSE AUXERRE	89000 Auxerre FRANCE
Établissement géographique	250015534	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE MONTBELIARD	2 rue Pierre et Marie Curie 25200 Montbeliard FRANCE
Établissement géographique	250015526	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE BESANCON	4 rue branly 25000 Besancon FRANCE
Établissement géographique	890973431	SANTELYS BFC - ANTENNE DE DIALYSE DE SENS	Centre hospitalier de sens 1 avenue pierre de coubertin 89106 SENS FRANCE
Établissement géographique	890972862	SANTELYS BFC - ANTENNE DE DIALYSE D'AUXERRE	Centre hospitalier 2 boulevard de verdun 89000 AUXERRE FRANCE
Établissement géographique	710973504	SANTELYS BFC - ANTENNE DE DIALYSE DE CHALON SUR SAONE	Centre hospitalier w. morey 4 rue du capitaine drillien 71321 CHALON SUR SAONE CEDEX FRANCE
Établissement géographique	710970658	SANTELYS BFC - ANTENNE DE DIALYSE DE MACON	C.h. des chanaux rue ambroise pare 71018 MACON FRANCE
Établissement géographique	210986360	SANTELYS BFC - ANTENNE DE DIALYSE DE DIJON	Rue gaffarel 21033 DIJON FRANCE
Établissement géographique	710974528	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE MACON CHANAU	Rue Ambroise Paré Ch des chanaux 71018 MACON FRANCE
Établissement géographique	250013448	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE PONTARLIER	6, rue emile thomas 25300 PONTARLIER FRANCE
Établissement géographique	900001728	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE BELFORT	15, rue du commandant dufay 90000 BELFORT FRANCE

Établissement géographique	890003130	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE SENS	14 rue henri dunant 89100 Sens FRANCE
Établissement géographique	210001483	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE CHATILLON	Ch de chatillon sur seine Rue claude petiet 21400 Chatillon Sur Seine FRANCE
Établissement géographique	210001939	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE DIJON BREUCHILLIERE	14 rue de la breuchilliere 21000 Dijon FRANCE
Établissement géographique	210001889	SANTELYS BFC - CENTRE DE DIALYSE DE DIJON DREVON	7 et 9 rue des princes de condé 7/9 rue des princes de conde 21000 Dijon FRANCE
Établissement géographique	710974502	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE CHALON SAINT REMY	3 rue mendes france 3 rue mendes france 71100 Saint Remy FRANCE
Établissement géographique	710010166	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE MONTCEAU LES MINES	6 rue barbes 71300 Montceau Les Mines FRANCE
Établissement géographique	010789006	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE BOURG EN BRESSE	Rue gay lussac Parc d'activite de la chambiere 01440 Viriat FRANCE
Établissement géographique	390786408	SANTELYS BFC - UNITE DE DIALYSE DE DOLE	Ch de dole Avenue léon jouhaux 39108 DOLE 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 **11** patients pour évaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge



Évalué **18** parcours pour s'assurer de la continuité et de la coordination des prises en charge



Tracé **31** 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
- 15 médicament(s) et des produit(s) de santé
- 0 acte(s) interventionnel(s)
- 12 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
- 2 prescription(s) de restrictions de libertés
- 0 acte(s) d'électroconvulsivothérapie



Rencontré la gouvernance, l'encadrement médical et paramédical, les représentants des usagers et **32** 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 :

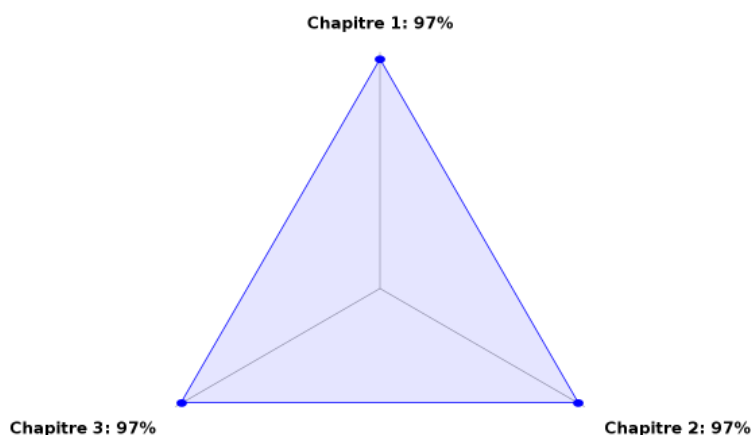
- l'écart entre les résultats attendus (cible = 100%) et les résultats obtenus;
- l'existence de pratiques et/ou organisations à risque pour les patients et/ou les professionnels ;
- la récurrence d'insuffisances déjà signalées lors des précédentes certifications ou confirmées par la valeur des indicateurs 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	97%
Chapitre 2	Les équipes de soins	97%
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.

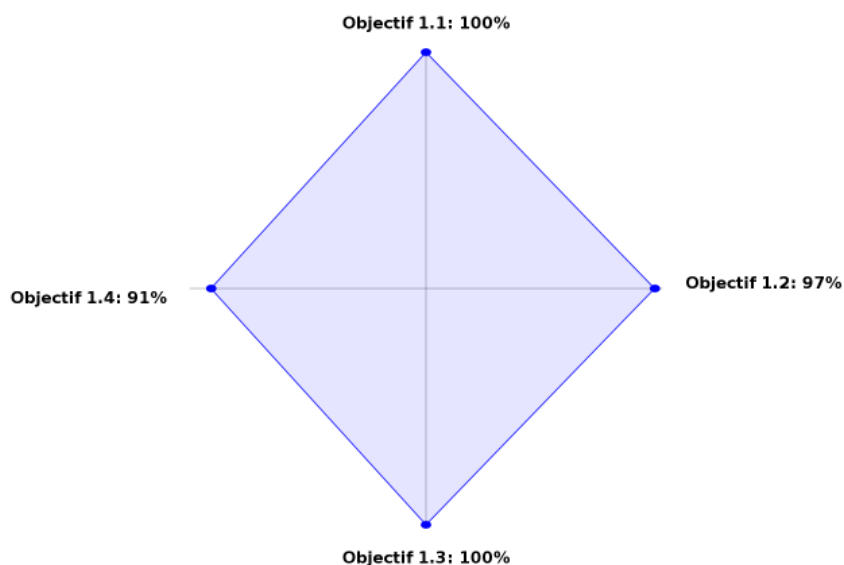
Critères	Résultats des critères impératifs	Score
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
1.1-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	Non Applicable
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager 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	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
3.1-04	L'établissement impulse la culture de la déclaration des événements indésirables dont les presque-accidents	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.3-05	L'établissement prévient les transferts évitables des personnes âgées	100%

Critères	Résultats des critères avancés	Score
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	92%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	75%
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	75%
3.4-06	L'établissement utilise des outils technologiques innovants sans finalité médicale pour améliorer son organisation, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	75%

Chapitre 1 : Le patient

Résultats du chapitre 1 : Objectifs

Score du chapitre **97%**



Objectifs		
1.1	Le respect des droits du patient	100%
1.2	L'information du patient	97%
1.3	L'engagement du patient dans son projet de soins	100%
1.4	L'implication des patients et de leurs représentants dans la vie de l'établissement	91%

Synthèse du chapitre 1

Les patients rencontrés dans l'établissement Santelys Bourgogne Franche-Comté sont satisfaits des conditions d'accueil et de prise en charge qui leur sont réservées. Malgré un environnement de soins collectifs dans des salles de dialyse de plusieurs postes, les pratiques bienveillantes des soignants ainsi que les équipements disponibles permettent de garantir la dignité et l'intimité des patients. Des chambres individuelles sont à la disposition des équipes pour des entretiens singuliers. Deux anciennes unités initialement dédiées à la modalité d'auto-dialyse ne permettent pas d'accueillir des patients porteurs de handicap. L'établissement, conscient de la situation a prévu dans son schéma directeur immobilier la construction de deux nouveaux bâtiments (un en construction dont l'ouverture est prévue en avril 2027 et l'autre à échéance de fin 2027). Le respect de la confidentialité et du secret professionnel sont promus. Une sensibilisation des professionnels sur les enjeux de la sécurité des données est menée, des contrôles sont réalisés afin de prévenir les connexions illégitimes avec une gestion des droits d'accès au dossier patient informatisé (DPI) selon le profil des intervenants dans la prise en soins (salariés, médecins hospitaliers, étudiants). Les patients en fin de vie sont accompagnés le plus longtemps possible dans leur unité de dialyse et orientés vers les centres hospitaliers où ils sont suivis par leur médecin référent lorsque leur état de santé le nécessite. Ils reçoivent une information adaptée sur les directives anticipées. Lorsqu'elles ont été formulées, elles sont retrouvées dans les dossiers. La prise en charge de la douleur, que ce soit lors de la ponction ou une douleur chronique est une priorité des équipes. Au branchement, durant la séance et au débranchement, la douleur est évaluée systématiquement par des échelles adaptées, l'évaluation ainsi que le soulagement sont tracés dans leur parcours de soins. Des techniques non médicamenteuses sont proposées par les soignants (cryothérapie, lunettes de réalité virtuelle, hypnose conversationnelle). L'autonomie du patient est recherchée et questionnée quelle que soit la modalité de traitement. Le patient dialysé à domicile bénéficie d'un parcours d'apprentissage structuré, une équipe mobile « domicile » ainsi que des unités d'entraînement sont en place pour assurer la formation et le suivi de ces patients. Les patients rencontrés ont évoqué cette prise en charge personnalisée tout au long de leur parcours de soins. L'établissement promeut la bientraitance et prévient la maltraitance en son sein. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et bénéficient de formations sur ce thème. Il y a peu de décès durant les séances de dialyse, toutefois dans cette situation, la posture bienveillante des équipes est adaptée à la charge émotionnelle des familles. Les cadres et les médecins ont été formés à l'annonce et dans chaque unité, un kit décès est à disposition des équipes. Chaque décès est analysé et peut donner lieu à une amélioration des pratiques. Il existe une procédure précisant les modalités de transport du corps vers les chambres funéraires des centres hospitaliers de proximité ou dans des funérariums choisis par les familles.

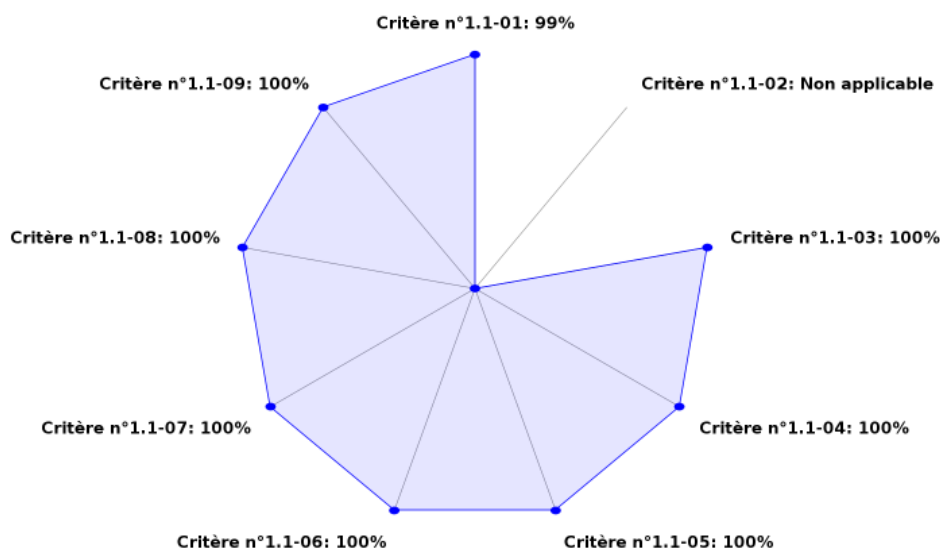
En matière d'information délivrée, un livret d'accueil est remis systématiquement à tout nouveau patient. Il regroupe les éléments essentiels à sa prise en charge, les soins dont il dispose ainsi que les principes du respect mutuel attendu dans la relation soignant-soigné. Ce livret d'accueil informe également sur l'existence et les coordonnées des représentants des usagers (RU), sur l'accompagnement possible par les associations de bénévoles. Les RU se déplacent dans les unités de dialyse lors des réunions de la commission des usagers (CDU). Ils prennent un temps pour rencontrer les équipes et les patients. Ils ont réalisé une vidéo qui est passée sur écran dans les salles d'attente et qui reste accessible sur flyer via un QR code. Le patient est également informé de l'existence du dossier médical de « mon espace santé » et de sa possibilité d'accéder à son dossier.

L'équipe construit avec le patient un projet de soins personnalisé prenant en compte une évaluation de son état de santé, de ses besoins, de la proximité avec le lieu de traitement. Ce projet de soins est retrouvé dans les dossiers, il est signé par le patient. Les besoins sociaux, la précarité, les situations de handicap, les besoins des personnes âgées font partie intégrante de l'évaluation multidimensionnelle réalisée dès l'arrivée en dialyse (voire en amont lors du suivi en pré suppléance et tout au long du parcours de soins). Des supports multiples et des échanges réguliers entre les équipes et les patients permettent de les impliquer dans leur prise en charge. Il existe un programme d'Education Thérapeutique pour les patients dialysés. Des actions éducatives sont proposées afin de promouvoir l'autonomie des patients : hygiène, diététique, utilisation des générateurs, préparation et administration des traitements médicamenteux. Des enseignants APA, organisent des ateliers de renforcement musculaire et de prévention des troubles musculaires. Des pédaliers sont à disposition des patients.

La satisfaction et l'expérience patient sont recueillies à travers des questionnaires annuels (alternance de questionnaires à destination de tous les patients une année et l'autre année, questionnaire à l'attention des nouveaux dialysés). Une évaluation de la satisfaction des vacanciers est également en place. Ces questionnaires permettant d'identifier des actions d'amélioration intégrées au Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Au niveau de l'expérience des patients, une évaluation du ressenti des patients dans les nouveaux locaux de Gray et de Sémur a été menée ainsi qu'un retour d'expérience sur l'utilisation de lunettes virtuelles dans l'Ain. Deux PROMS ont été réalisés : un sur la douleur et l'autre auprès des patients en pré suppléance. L'établissement informe les patients, notamment dans le livret d'accueil, sur leurs droits comme la possibilité de formuler une réclamation, un événement indésirable ou de saisir un médiateur. Une lettre intitulée « infos patients » leur est envoyée deux fois par an. Malgré cette mobilisation pour diffuser les informations, tous les patients rencontrés ne connaissent pas ces dispositifs. Une infirmière de Pratiques Avancées (IPA) et un RU ont organisé un café des aidants à Besançon, la greffe et la nutrition sont des thèmes qui ont été abordés. Un patient partenaire nouvellement nommé va animer des ateliers ETP sur la greffe dans les unités de l'Ain. Les RU sont impliqués dans la vie institutionnelle. Ils sont présents dans les instances et ont rédigé un projet couvrant la période 2023-2026 mais n'ont pas encore participé à des démarches collectives d'amélioration des pratiques (RMM, CREX...).

Objectif 1.1 : Le respect des droits du patient

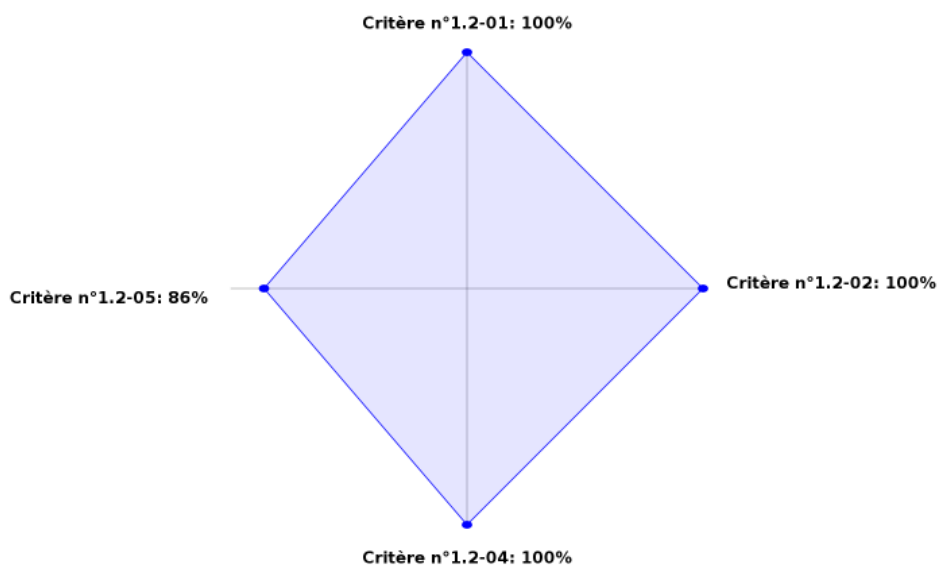
Score de l'objectif **100%**



Critères		
1.1-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité au sein d'un environnement sécurisé	99%
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	100%
1.1-05	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	100%
1.1-06	Le patient bénéficie d'une prise en charge bienveillante	100%
1.1-07	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

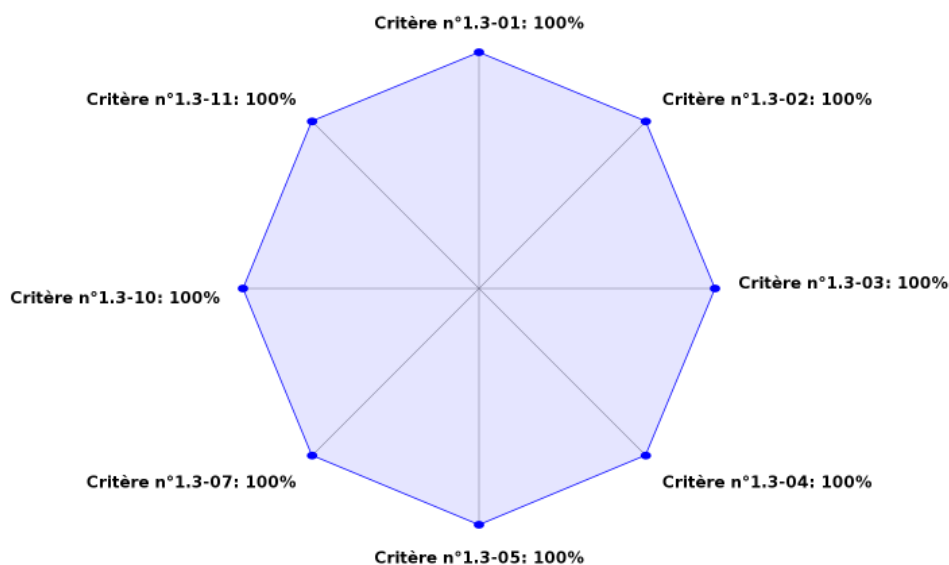
Score de l'objectif **97%**



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.	86%

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

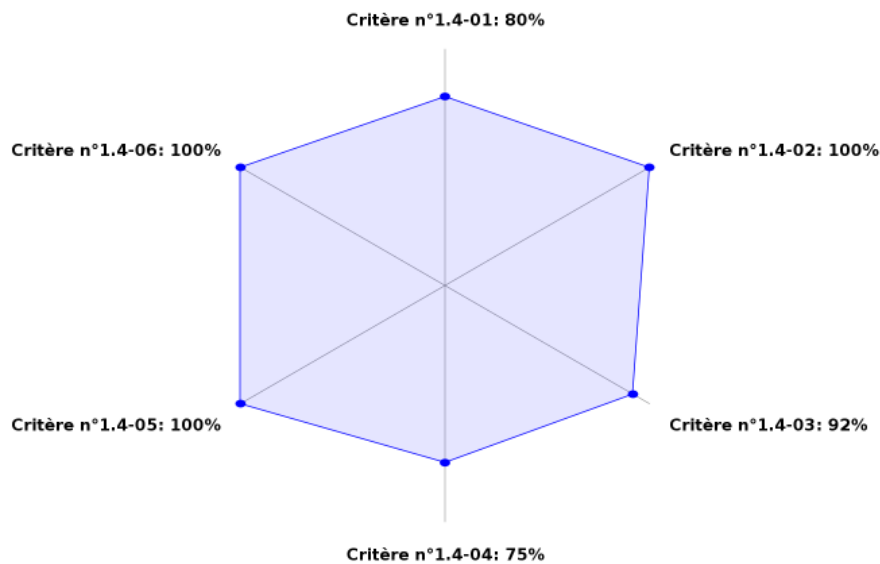
Score de l'objectif **100%**



Critères		
1.3-01	Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités	100%
1.3-02	Le patient a pu désigner une personne de confiance	100%
1.3-03	Le patient bénéficie d'une prise en charge adaptée à ses besoins	100%
1.3-04	Le patient vivant avec un handicap bénéficie d'un projet de soins qui vise le maintien de son autonomie	100%
1.3-05	Le patient en situation de précarité sociale bénéficie d'un accompagnement pour une orientation vers les services sociaux et associations adéquates	100%
1.3-07	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 **91%**

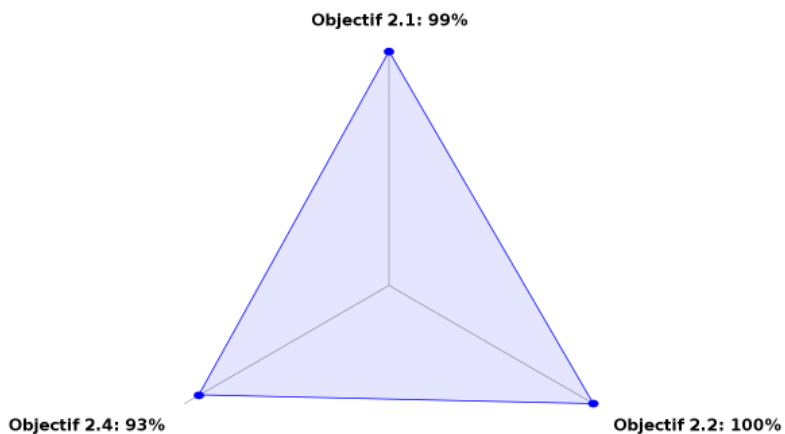


Critères		
1.4-01	Le patient est invité à exprimer sa satisfaction et à faire part de son expérience	80%
1.4-02	La satisfaction et l'expérience du patient sont prises en compte	100%
1.4-03	La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients	92%
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 **97%**



Objectifs		
2.1	La coordination des équipes pour la prise en charge du patient	99%
2.2	La maîtrise des risques liés aux pratiques	100%
2.4	La culture de la pertinence et de l'évaluation	93%

Synthèse du chapitre 2

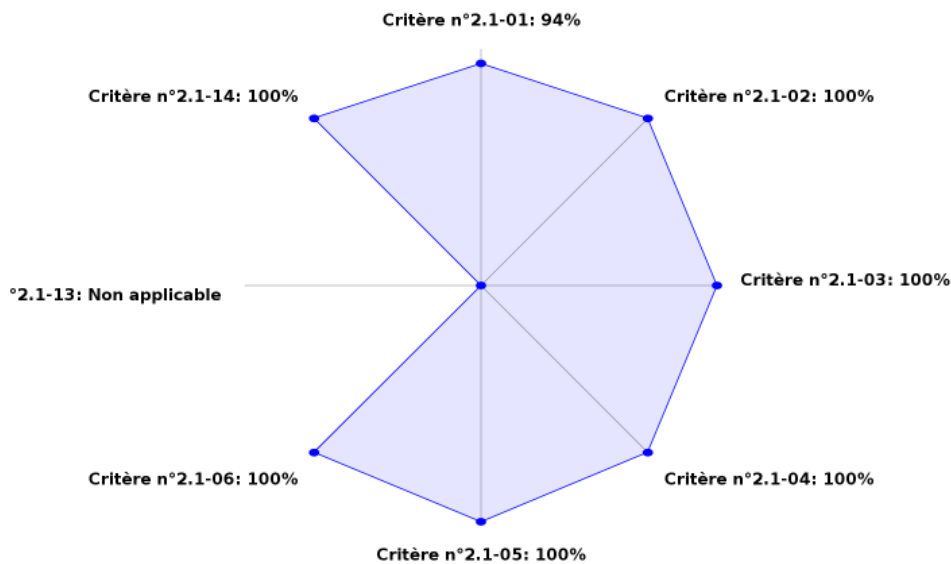
L'établissement propose une offre de soins de proximité centrée sur la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique et dispose de centres de santé où les néphrologues assurent des consultations. La plupart des médecins intervenant dans l'établissement exercent également dans les centres hospitaliers partenaires de proximité. Les patients peuvent prendre rendez-vous en ligne ou par téléphone. Dans les centres de santé, en cas de prescriptions d'examen complémentaires ou pour toute démarche, ils sont accompagnés par les infirmières de parcours. A l'exception d'une situation, les comptes rendus de consultations sont disponibles dans le Dossier Médical Partagé (DMP). L'équipe pluridisciplinaire joue un rôle essentiel dans l'articulation du projet de soins avec les besoins et attentes du patient en intégrant le soutien des proches. Des staffs sont organisés à périodicité régulière par les équipes médico-soignantes. Les pharmaciens se déplaçant sur les sites peuvent être sollicités le cas échéant. Le Dossier Informatisé du Patient (DPI) permet aux différents intervenants un accès sécurisé en temps utile aux données des patients. Ils sont formés à l'usage de ce logiciel et la traçabilité des différents intervenants est assurée. L'alimentation du DMP et sa consultation sont effectives, la lettre de liaison réalisée toutes les 4 mois est intégrée au DMP dont le taux d'alimentation est suivi par la CME. La sortie est organisée : lors d'un transfert, lors d'une hospitalisation, d'une greffe ou après un séjour vacancier, une lettre de liaison contenant les informations nécessaires à la continuité des soins est transmise aux équipes accueillant le patient. La conciliation médicamenteuse est en place pour les patients de plus de 75 ans sous antivitamines K. Elle respecte les bonnes pratiques, est réalisée par les pharmaciens et a été retrouvée dans les dossiers des patients éligibles. Depuis le début de l'année, 13 conciliations ont été réalisées. Peu de patients sont suivis en soins palliatifs toutefois, cette démarche fait l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle, le recours à une équipe mobile ainsi qu'à une hospitalisation en unité de soins palliatifs sont possibles. En matière de prise en charge nutritionnelle, une diététicienne peut être sollicitée selon les besoins du patient. Les diététiciennes alternent le suivi des patients en visio et en présentiel sur site. Elles animent des formations intitulées « nutrition et dialyse » à l'usage des professionnels. Les indicateurs relatifs à la dénutrition sont renseignés dans le DPI et suivis par les médecins. Le contenu et la qualité nutritionnelle des collations distribuées durant la séance ont été revus afin de compenser des pertes en protéines.

Les règles d'identification des patients sont conformes aux bonnes pratiques, des référents sont identifiés et les non-conformités sont déclarées au niveau de la cellule d'identitovigilance. L'établissement dispose d'une nouvelle pharmacie à usage interne (PUI) permettant une organisation plus efficiente notamment en termes de stockage des produits de santé. Le circuit du médicament est maîtrisé dans sa globalité. Les prescriptions réalisées par les néphrologues sont validées par les pharmaciens qui réalisent l'analyse pharmaceutique a priori des traitements. Cette information apparaît dans le dossier ainsi que les interventions pharmaceutiques qui sont analysées annuellement en CME. Les prescriptions conditionnelles sont argumentées en référence à une valeur seuil, les intervalles de prises sont mentionnés. Le traitement et les dispositifs médicaux stériles liés à la séance de dialyse sont délivrés par la PUI dans les unités de soins ainsi qu'à domicile. Il existe des dotations de médicaments dont le contenu a été validée en CME afin de pallier les prescriptions non programmées (antibiotiques, antalgiques, traitements personnels...). Certaines dotations peuvent varier au regard du besoin de l'unité. La feuille de dialyse constitue le support unique de prescription et d'administration des médicaments. La traçabilité de l'administration se fait en temps réel, elle apparaît dans le dossier ainsi que la non-administration et le motif justifiant la situation. Le stockage et l'accès aux médicaments et dispositif médicaux sont conformes aux recommandations de bonnes pratiques. S'agissant des médicaments thermosensibles, la chaîne du froid est contrôlée et maîtrisée. Les contrôles des péremptions sont réalisés tous les six mois et suivis par les préparatrices. Une liste de médicaments à risque est disponible, connue des professionnels qui réalisent des doubles contrôles lors des séances. Les médicaments issus de cette liste sont identifiés par une étiquette spécifique, les bonnes pratiques relatives à ces médicaments à toutes les étapes du circuit sont connues et maîtrisées. Les erreurs médicamenteuses sont analysées et font l'objet d'un plan d'actions. La pharmacienne a réalisé plusieurs audits sur le circuit du médicament à partir de situations à risque identifiées : audits sur sites, audits du DPI, EPP relatif à l'anémie.... La démarche PAAM (patient en auto-administration de ses médicaments) a été lancée et mise en œuvre pour les patients autonomes (auto-dialyse et domicile). Un protocole décrit les différentes étapes, l'évaluation des connaissances du patient et une validation médicale sont retrouvées. La traçabilité de l'administration est réalisée à posteriori (selon les dires du patient) par les infirmières. La surveillance de l'eau de dialyse, assurée par les pharmaciens et les techniciens biomédicaux, est conforme aux recommandations. L'équipe opérationnelle d'hygiène est coordonnée par la directrice des soins. Une infirmière hygiéniste accompagne des référents hygiène identifiés sur l'ensemble des unités. Les précautions standard font l'objet de formations initiale et continue. Un webinaire sur les précautions standard est à disposition des professionnels. Les patients sont également sensibilisés. Les prérequis d'hygiène des mains sont appliqués par tous, le taux de consommation des solutions hydro-alcoolique (SHA) est suivi deux fois par an avec un retour aux équipes. Le statut infectieux du patient est renseigné dans le DPI, les précautions complémentaires sont connues. Pour les patients ayant séjourné à l'étranger dans des zones à risques, les prélèvements BHR ainsi qu'un isolement sont réalisés à titre préventif afin de prévenir des contaminations croisées. Des évaluations sur la prévention du risque infectieux ont été menées en continu. En 2026, des audits sur le branchement et débranchement sur cathéter ou fistule artério-veineuse sont programmés afin d'évaluer l'impact éventuel du changement de sets de soins. La transfusion sanguine est réalisée depuis le début d'année au centre de dialyse de Dijon, les risques liés à cette pratique sont maîtrisés. La prise en charge des urgences vitales est assurée. Un numéro unique est en place, la formation AFGSU est effective pour les professionnels concernés et complétée par des exercices de simulation en salle de dialyse par des infirmières formées à cet effet. Les chariots d'urgence sont contrôlés et la traçabilité de ces vérifications est effective.

Les recommandations de bonnes pratiques sont accessibles (la Société Française de Néphrologie, le CEPIAS, SIADI...), diffusées et permettent l'actualisation des protocoles. De nombreux indicateurs cliniques suivis, analysés et mobilisés par les équipes médicales et paramédicales (indicateurs de qualité de dialyse, EPP, ...). Les vigilances sanitaires bénéficient d'un dispositif permanent de réception et de traitement des alertes. La prescription d'antibiotiques est argumentée, réévaluée entre 24 et 72 heures. Le recours à un infectiologue est possible. Les médecins sont formés au bon usage des antibiotiques. Le suivi des consommations et des résistances est en place. La prescription de mesures de restriction de liberté est rare : elle n'est jamais utilisée en unités d'auto-dialyse et d'UDM dialysant des patients autonomes la plupart du temps installés sur des fauteuils. Si un patient devait bénéficier de contention, il serait transféré dans un centre hospitalier par son médecin référent et dans ce cas, la pertinence du maintien de la dialyse se poserait. Une réflexion sur les soins écoresponsables est engagée et a conduit à des actions bien identifiées par les équipes : révision du contenu des sets de soins, installation progressive de cuves de distributions d'acides, réduction de la quantité de déchets par des générateurs permettant de bien vider les circuits après les dialyses. Les examens biologiques sont réalisés par des laboratoires d'analyses médicales conventionnés avec Santelys, l'interface avec le laboratoire est évaluée et fait l'objet d'actions d'amélioration. S'agissant des examens d'imagerie médicale, ils sont réalisés le plus souvent selon les choix des patients. Il n'y a pas eu d'évaluation formelle collective des événements indésirables.

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

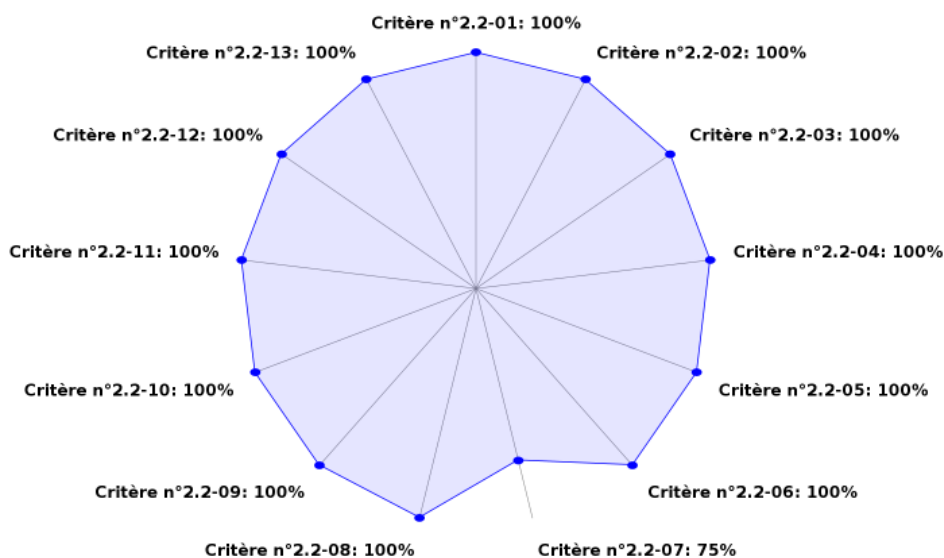
Score de l'objectif **99%**



Critères		
2.1-01	Les équipes des secteurs de consultations et soins externes se coordonnent avec les équipes des secteurs d'hospitalisation	94%
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	Non Applicable
2.1-14	Une lettre de liaison à la sortie est remise au patient et permet la continuité du parcours de soins	100%

Objectif 2.2 : La maîtrise des risques liés aux pratiques

Score de l'objectif **100%**

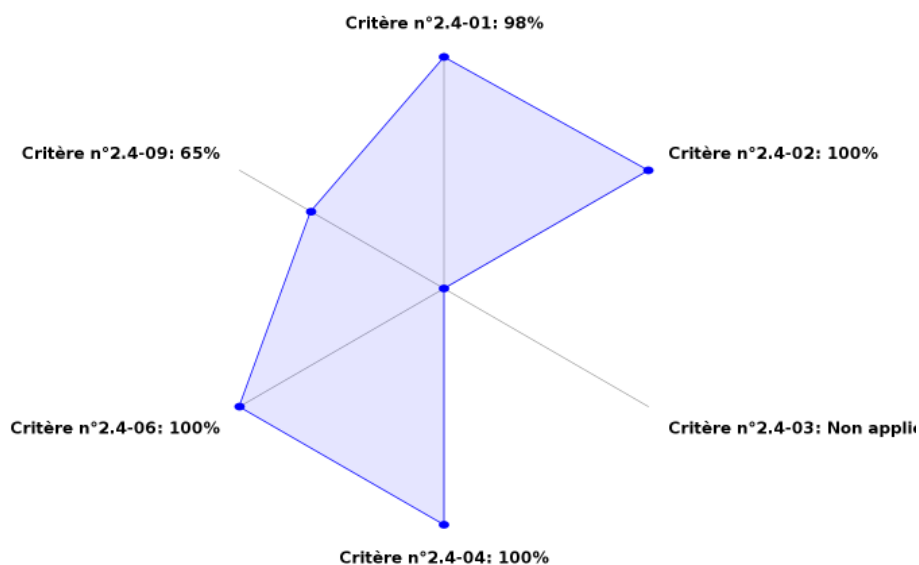


Critères		
2.2-01	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	100%
2.2-02	Les équipes respectent les bonnes pratiques de prescription des médicaments	100%
2.2-03	Les équipes respectent les bonnes pratiques de dispensation des médicaments	100%
2.2-04	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'approvisionnement des produits de santé	100%
2.2-05	Les équipes respectent les bonnes pratiques d'administration des médicaments.	100%
2.2-06	Les équipes préviennent les risques d'erreur médicamenteuse.	100%
2.2-07	L'établissement promeut l'auto-administration de ses médicaments par le patient en cours d'hospitalisation (PAAM)	75%
2.2-08	Les équipes respectent les précautions standards d'hygiène	100%
2.2-09	Les équipes respectent les précautions complémentaires d'hygiène	100%
2.2-10	Les équipes maîtrisent le risque infectieux lié aux dispositifs invasifs	100%
2.2-11	Les équipes maîtrisent les risques liés à la transfusion sanguine	100%
2.2-12	Les équipes maîtrisent la prise en charge des urgences vitales	100%

2.2-13	Les équipes maîtrisent les risques liés à l'utilisation des rayonnements ionisants	100%
--------	--	------

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

Score de l'objectif **93%**

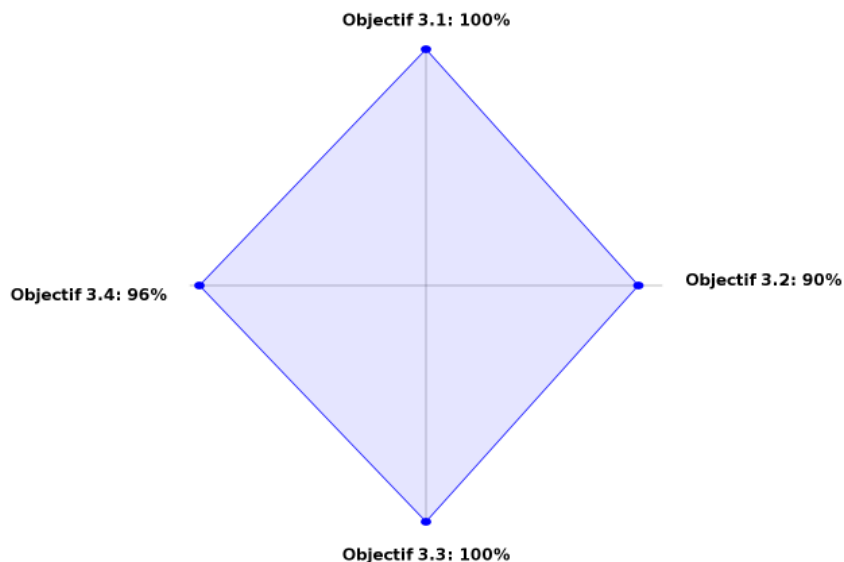


Critères		
2.4-01	L'équipe s'appuie sur ses protocoles qui intègrent les recommandations de bonnes pratiques	98%
2.4-02	La pertinence des prescriptions d'antibiotiques est argumentée et réévaluée	100%
2.4-03	La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée	Non Applicable
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	65%

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	100%
3.2	La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences	90%
3.3	Le positionnement territorial	100%
3.4	L'adaptation à des soins écoresponsables et aux innovations numériques	96%

Synthèse du chapitre 3

Avec le soutien actif de la gouvernance administrative, médicale et soignante, la responsable qualité et la coordinatrice de gestion des risques assurent le déploiement de la démarche qualité et sécurité des soins. Cette démarche est à la fois prospective et réactive par l'anticipation de situations à risques, des actions de formation, des audits par l'analyse à posteriori d'événements indésirables, recueil de la satisfaction et des patients.... Des référents qualité bien identifiés sur les unités de soins assurent le déploiement de la démarche et permettent ainsi l'appropriation de la culture qualité par les professionnels. Des actions prioritaires de cette politique alimentent le programme d'amélioration de la qualité et la sécurité des soins (PAQSS) qui est mis à jour au fil de l'eau par les pilotes de processus et/ou présidents d'instances. La culture qualité sécurité des soins a été questionnée en 2022 par une enquête, une seconde est planifiée en 2026. L'établissement a participé à la semaine sécurité des patients et a mené des chambres des erreurs. Le circuit des événements indésirables est connu des professionnels, ils sont sensibilisés à l'intérêt de la déclaration. Les événements à forte criticité font l'objet d'analyse des causes profondes avec la méthode ALARM. Des CREX sont organisés tous les trimestres. Les équipes, les RU sont informées des événements indésirables. Les médecins et les cadres infirmiers ont été formés à l'annonce du dommage lié aux soins. S'agissant de la gestion de crise, les équipes sont confrontés aux ruptures d'approvisionnement en eau, organisent les replis de patients. La cellule de crise est opérationnelle en situation réelle et en simulation (exercice de simulation d'inondation au siège), elle se réunit rapidement lorsque l'alerte le nécessite et dispose de procédures nécessaires à la décision. Chaque situation de crise est assortie d'un RETEX. Au niveau du questionnement éthique, il existe un comité éthique au sein du groupe Santelys. Ce comité se réunit tous les trimestres, plusieurs thèmes ont été abordés comme l'arrêt de dialyse, la notion palliative du traitement de suppléance. Les RU sont également conviés à ces réunions. Le comité a créé une boîte mail permettant aux professionnels de poser des questions sur des situations vécues.

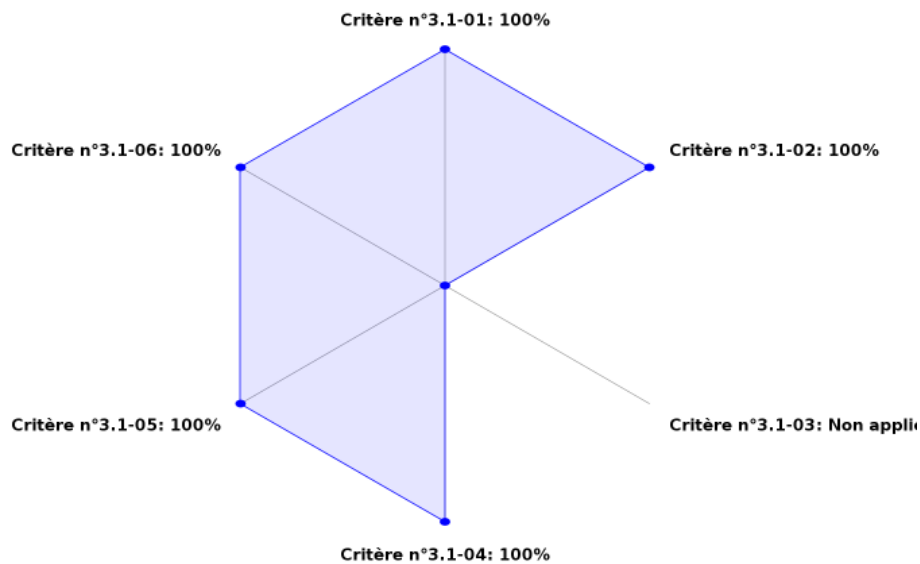
La continuité des soins est assurée 24h sur 24 et 7j sur 7 par une astreinte médicale y compris pour les patients dialysés à domicile. La gestion des effectifs et des compétences est suivie. Les remplacements sont organisés pour l'ensemble des métiers (heures supplémentaires et embauches en CDD, sollicitation de vacataires pour les infirmiers, organisation des absences programmées). La procédure dégradée en cas d'arrêt non programmé ou d'un problème rencontré par un professionnel en dehors des heures ouvrables est maîtrisée par les équipes. Il existe une équipe mobile pour les remplacements infirmiers. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une période d'intégration de trois jours (pour l'acquisition du fonctionnement de l'établissement, l'utilisation des outils notamment le DPI). S'agissant des infirmiers, ils sont formés durant quatre semaines selon un protocole défini. Les professionnels peuvent bénéficier de formations continues y compris des formations diplômantes : 5 infirmiers ont pu bénéficier d'une formation IPA. Des référents de différentes spécialités sont identifiés sur l'ensemble des unités de soins permettant ainsi de valoriser les ressources internes. Une charte managériale a été élaborée et diffusée à l'encadrement toutefois, l'encadrement médical n'a pas bénéficié de coaching ni de formations relatives au harcèlement, aux violences sexistes et sexuelles. Le président de la CME va participer à une formation sur les pratiques managériales programmée en octobre 2026. Les entretiens professionnels ont été réalisés et les entretiens annuels d'évaluation sont en place pour les professionnels administratifs et soignants. S'agissant de la communauté médicale, il n'a pas eu d'entretien annuel organisé. Le document unique d'évaluation des risques professionnels est diffusé, les risques sont identifiés et pris en compte. La santé au travail est promue à travers des campagnes de vaccination coordonnées par l'EOH. La qualité de vie au travail est soutenue par l'encadrement et la direction avec une volonté de fidélisation des salariés. Le sentiment d'appartenance à l'établissement a été perçu lors des différentes rencontres. Des enquêtes associant les instances représentatives du personnel sont menées, la dernière date de septembre 2025. Elles donnent lieu à une analyse et les résultats et actions d'amélioration sont communiqués aux salariés. Lors de difficultés émotionnelles en lien avec la prise en charge des patients, les professionnels peuvent être accompagnés par un psychologue. Ils peuvent également bénéficier de soutien pour résoudre une situation de conflit interpersonnel (médiateur, santé au travail). Des démarches pour favoriser le travail en équipe sont impulsées par la gouvernance notamment via la synchronisation des temps médicaux et paramédicaux qui est effective et soutenue par les staffs pluriprofessionnels, des temps d'échanges quotidiens et des réunions de service. Un challenge inter équipes a été organisé en 2025 sur le thème des aventuriers. Des échanges ont également lieu au niveau du groupe Santelys.

Le maillage territorial développé par l'établissement permet d'assurer la coordination des parcours de soins en partenariat avec des établissements de santé sanitaires de proximité. Une politique « d'aller-vers » certains partenaires (équipe mobile en soins palliatifs par exemple) est mise en œuvre. Des conventions formalisent ces partenariats, elles sont évaluées. L'établissement est adhérent à quelques Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (Semur et Besançon). Des centres de compétences et référence sont identifiés afin de lutter contre toute errance diagnostique. Un circuit a été organisé avec les différents établissements partenaires pour éviter un passage par les urgences aux patients devant être hospitalisés avec le plus souvent un accès direct dans un service spécialisé : le néphrologue de garde ou le référent médical organise l'hospitalisation. Les médecins intervenant dans la structure étant majoritairement des néphrologues hospitaliers, le parcours du patient est fluide. Les modalités de communication de Santelys sont accessibles et permettent aux différents acteurs du territoire de les contacter. Une messagerie sécurisée facilite les échanges de données de santé entre professionnels. L'établissement peut bénéficier du soutien du comité scientifique et innovation du groupe Santelys. Beaucoup de travaux de recherche sont menés et donnent lieu à des publications médicales et paramédicales.

Le plan de maintenance préventive et curative des locaux et équipements est suivi. Un schéma directeur immobilier définit les priorités de constructions pour remplacer ou rénover des bâtiments anciens. Les techniciens biomédicaux assurent la maintenance des générateurs et des traitements d'eau. En matière de transition écologique, l'établissement suit les préconisations des sociétés savantes. Un outil de suivi énergétique permet de contrôler les consommations électriques, la température des locaux. Une campagne sur les écogestes a été menée, l'engagement dans les soins écoresponsable est effectif : révision du contenu de sets de soins, mise en place de cuves à distribution d'acide, réduction des plastiques et des déchets... Les soins en proximité limitent considérablement les trajets pour les patients et les salariés. En matière de télésanté, les médecins, les diététiciennes peuvent utiliser la téléconsultation. Quelques médecins réalisent de la téléexpertise en tant que requérant ou requis sur une plateforme adaptée, ils ont été formés à l'utilisation de ces outils. La télésurveillance est en place pour les patients en pré suppléance (stade 4 et 5) suivis en centre de santé. Par ailleurs, les données de séances des générateurs de dialyse sont intégrées au DPI permettant aux équipes un télésuivi de la qualité de la dialyse. Les patients dialysés à domicile ont des cycleurs dont les données sont également télétransmises pour assurer le suivi de leur traitement.

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

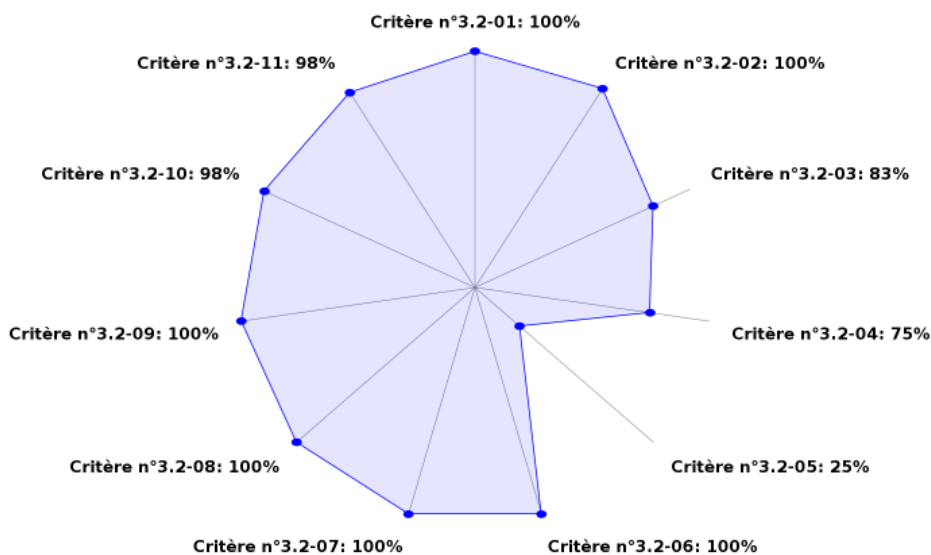
Score de l'objectif **100%**



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	100%
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	100%
3.1-05	La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est maîtrisée	100%
3.1-06	L'établissement promeut et soutient le recours au questionnement éthique par l'ensemble des acteurs	100%

Objectif 3.2 : La maîtrise des ressources professionnelles et des compétences

Score de l'objectif **90%**

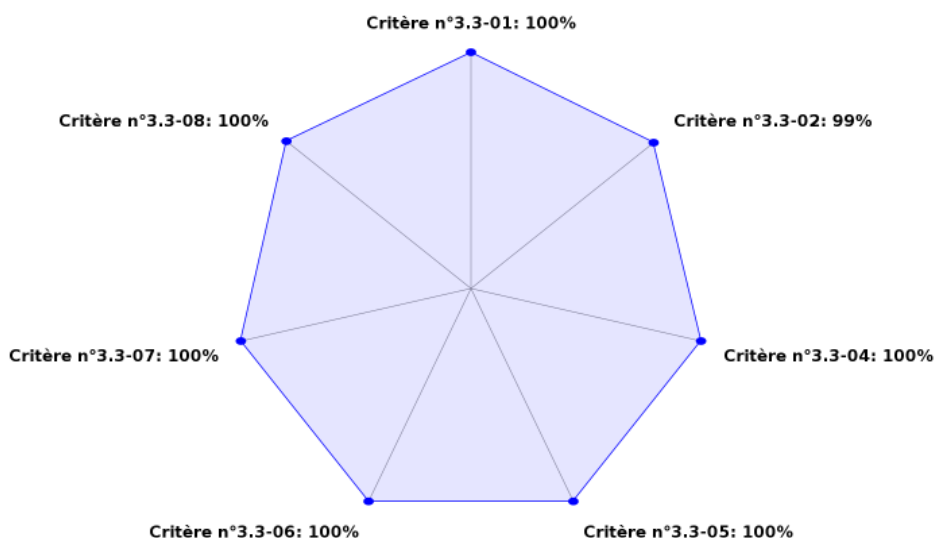


Critères		
3.2-01	La continuité de soins est assurée pour toutes les unités de soins	100%
3.2-02	L'établissement pilote l'adéquation entre les ressources humaines disponibles et la qualité et la sécurité des prises en charge	100%
3.2-03	L'établissement s'assure que les équipes ont les compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins	83%
3.2-04	L'établissement forme ses professionnels à la gestion des risques en utilisant des outils de la simulation en santé	75%
3.2-05	Les responsables d'équipe sont formés et accompagnés dans leur mission	25%
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	98%

3.2-11	L'établissement favorise le travail en équipe	98%
--------	---	-----

Objectif 3.3 : Le positionnement territorial

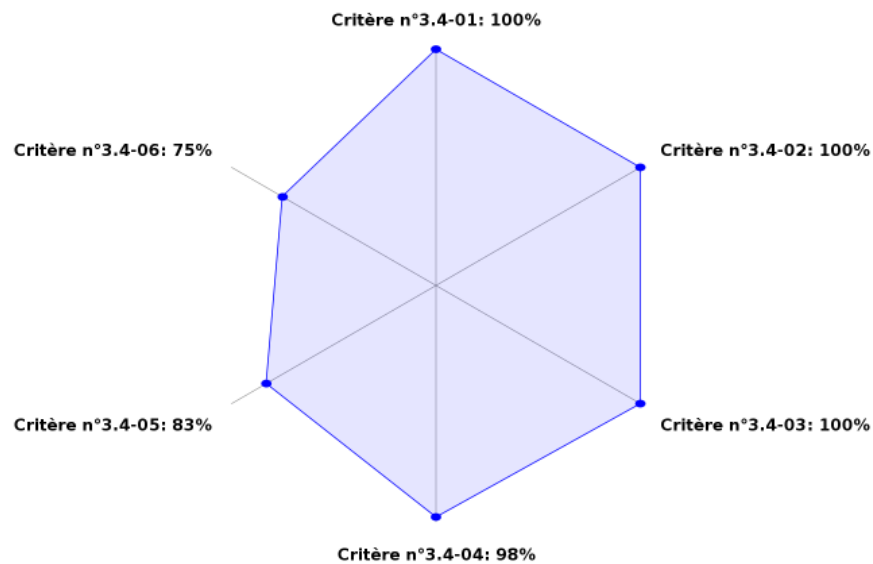
Score de l'objectif **100%**



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	99%
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 **96%**



Critères		
3.4-01	L'établissement entretient ses locaux et ses équipements	100%
3.4-02	L'établissement s'engage dans des soins écoresponsables	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	98%
3.4-05	L'établissement pilote l'usage des dispositifs médicaux numériques professionnels, en particulier ceux faisant appel à l'intelligence artificielle	83%
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	75%

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

