



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DU
CENTRE DE DIALYSE CALYDIAL**

**Centre hospitalier Lucien-Hussel
Rue Mont-Salomon
38209 VIENNE**

Avril 2005

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION	p.9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
 SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.10
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Modalités de suivi	p.14

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

Le « compte-rendu d'accréditation » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

Ce compte-rendu présente les résultats de la procédure engagée par l'établissement. Pour en faciliter la lecture quelques informations vous sont proposées ci-dessous.

I. QU'EST-CE QUE L'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

L'accréditation est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

- ***Elle n'établit pas un palmarès des hôpitaux ou cliniques.***
- ***Elle ne note pas les médecins, les soignants ou les services.***
- ***Elle ne décide pas de l'attribution de moyens supplémentaires.***

QU'APPORTE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

APPORT POUR LA QUALITÉ DES SOINS

- ***L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.***
- ***L'amélioration de la sécurité des soins.***
- ***Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.***
- ***La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.***

III. COMMENT EST ÉTABLI LE COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel* d'accréditation proposé par la HAS. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel d'accréditation est disponible sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

LES RÉFÉRENTIELS D'ACCREDITATION

- 1. Droits et information du patient**
- 2. Dossier du patient**
- 3. Organisation de la prise en charge du patient**
- 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité**
- 5. Gestion des ressources humaines**
- 6. Gestion des fonctions logistiques**
- 7. Gestion du système d'information**
- 8. Qualité et prévention des risques**
- 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle**
- 10. Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux**

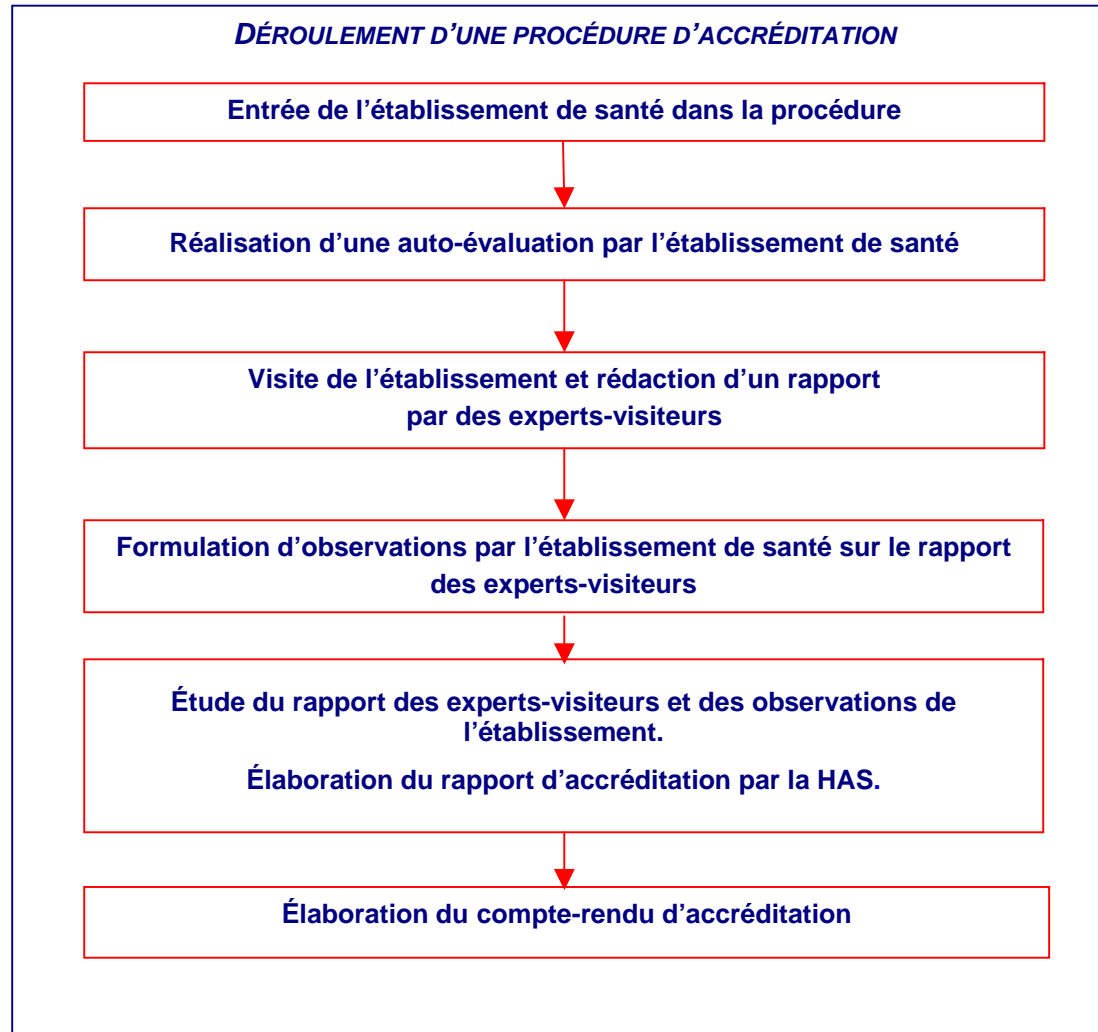
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par la HAS.

Pour garantir l'indépendance de la procédure d'accréditation, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé établit un «rapport d'accréditation» qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

Le compte-rendu d'accréditation est élaboré à partir du rapport d'accréditation



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION ?

Le compte-rendu d'accréditation contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure d'accréditation,
- les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, la HAS peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

Les décisions de la HAS peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	La HAS encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par la HAS en vue de la prochaine procédure.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par la HAS.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par la HAS.

* *

*

Les comptes rendus d'accréditation des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement	Centre associatif lyonnais de dialyse Calydial	
Situation géographique	Ville : Vienne Département : Isère	Région : Rhône-Alpes
Statut (privé-public)	Associatif	
Type de l'établissement <i>(CHU, CH, CHS, Hop. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif)</i>	Établissement à but non lucratif ne participant pas au service public	
Nombre de lits et places <i>(préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD))</i>	14 places d'hémodialyse en centre 18 places d'autodialyse 8 places d'entraînement Une autorisation de dialyse péritonéale à domicile	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	4 sites : Vienne, Irigny, Lyon-Sud et Sainte-Colombe	
Activités principales <i>(par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</i>	Traitement de l'insuffisance rénale chronique par différentes techniques de dialyse	
Activités spécifiques <i>(urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)</i>	Néant	
Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Convention avec le centre hospitalier de Vienne Convention avec le centre hospitalier Lyon-Sud	
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	7 zones de proximité situées autour des différents sites de l'établissement	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	2002 : ouverture d'un centre d'hémodialyse à Vienne Déménagement du siège à Vienne Travaux d'extension de la pharmacie, ouverture prévue en avril 2005	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre de Dialyse Calydial**, sis rue Mont Salomon – 38209 VIENNE.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 14 janvier 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 13 au 16 décembre 2004 par une équipe multiprofessionnelle de 2 experts-visiteurs mandatée par la Haute Autorité de santé.

A l'issue de cette visite un rapport des experts a été communiqué à l'établissement qui a formulé ses observations auprès de la HAS.

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués à la HAS pour délibération en avril 2005.

Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite, de la mise à disposition des documents de synthèse sur la sécurité et du suivi des recommandations faites par les organismes de contrôle,**
- **des observations et informations complémentaires au rapport des experts fournies par l'établissement,**

la Haute Autorité de santé décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

La large part de représentativité des patients traités à Calydial, contribue au respect de la politique des droits des patients.

Depuis 2002 les orientations stratégiques intègrent la démarche qualité en s'appuyant sur la charte du patient.

Le patient est informé et éduqué sur son traitement. Une grande prise en charge en amont et en aval du soin par l'ensemble de l'équipe est réalisée. Tous les professionnels médicaux, techniciens, infirmières, diététicienne participent à l'éducation du patient.

Il y a une dynamique ressentie chez tous les professionnels dont le dévouement centré sur la prise en charge du patient en dialyse est réel. L'évaluation de la satisfaction des patients dans ce domaine, à travers l'enquête annuelle réalisée, est effective.

I.2 Dossier du patient

L'association Calydial a mis en place une politique du dossier du patient unique permettant une gestion fiable des informations et une prise en charge coordonnée. Cette politique constitue un point fort de l'établissement et témoigne d'une véritable dynamique dans ce domaine. Un nouveau logiciel a été adopté afin de réaliser une migration globalisée en réseau dans un délai de six mois. Ce développement du dossier du patient est adapté aux différentes exigences des utilisateurs (dossier médical, dossier de soins, laboratoire, comptabilité, pharmacie, technique). Cela permet une accessibilité dans chaque site et renforce l'importance et l'efficacité du dossier du patient pour assurer la coordination de la prise en charge et la continuité des soins. Les responsabilités des différents intervenants dans la tenue du dossier du patient, de sa création jusqu'à son archivage, sont organisées. La confidentialité est prise en compte à tous les niveaux.

L'accès du patient à son dossier est organisé. L'évaluation du dossier du patient est en place et permet d'entretenir la dynamique d'amélioration.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La politique de prise en charge des patients est définie dans le projet d'établissement. La participation des patients au conseil d'administration est effective.

Malgré l'éclatement géographique et l'implantation à domicile de certains patients, Caly dial assure une prise en charge avec une forte personnalisation du traitement, adapté aux besoins des patients.

Des conventions avec des établissements extérieurs permettent une coordination autour de la prise en charge du patient. Depuis 2003 des évaluations ont été menées sur l'ensemble des sites. Une dynamique d'amélioration est visible au travers des actions menées par les soignants et l'administration.

I.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

L'établissement dispose d'un contrat d'objectifs et de moyens validé par les autorités de tutelles. Le conseil d'administration et les instances sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement. La modification des statuts permettant une représentation des patients au conseil d'administration renforcera leur implication dans les choix stratégiques. L'équipe d'encadrement, dynamique et participative, les professionnels, volontaires et fortement impliqués, ont permis à l'établissement de poursuivre son développement rapide tout en préservant la qualité de l'organisation et de la prise en charge. L'évaluation de la réalisation des objectifs est effectuée tous les ans et transmises aux professionnels.

I.5 Gestion des ressources humaines

Les valeurs sociales mises en avant par l'établissement depuis l'origine ont été reprises dans le projet d'établissement approuvé en 2004. Cela conforte un climat social serein, basé sur une écoute et un échange direct entre les professionnels et l'encadrement, renforcée par une communication interne structurée et régulière.

L'établissement renforce au fur et à mesure de sa croissance les outils de gestion des ressources humaines nécessaires (entretiens d'évaluation, fiches de poste, indicateurs de suivi). Cela permet une adaptation permanente de l'organisation à la taille de l'association. La politique de formation volontariste soutient largement cette démarche. L'évaluation de la satisfaction des professionnels est directe, mais non formalisée.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'organisation des fonctions logistiques s'adapte progressivement à la croissance de l'établissement. Chaque circuit spécifique fait l'objet d'une réflexion pour son organisation, la mise en œuvre de moyens nécessaires pour l'adapter aux contraintes nouvelles et la formation des professionnels ou des prestataires externes aux spécificités de l'établissement.

La sécurité des biens et des personnes est une préoccupation constante des professionnels, les mesures de prévention sont opérationnelles, les patients sont impliqués dans cette vigilance. La continuité des approvisionnements et la maintenance des matériels sont assurées. L'évaluation des fonctions logistiques en interne et vis-à-vis des prestataires extérieurs devra être renforcée.

I.7 Gestion du système d'information

La stratégie de communication de l'établissement privilégie l'échange direct, en favorisant les réunions entre professionnels. Le dossier du patient a commencé à être informatisé en 1998 pour permettre une accessibilité à l'information depuis chaque site.

Une réflexion multidisciplinaire a permis de programmer la mise en place à partir de début 2005 d'un logiciel permettant de regrouper toutes les informations nécessaires à la prise en charge des patients, et garantissant la sécurité d'accès aux données. Les formations indispensables des utilisateurs sont programmées pour permettre une appropriation rapide de ces outils. La fiche d'amélioration permet aux professionnels de proposer des améliorations du système d'information.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité de l'établissement est inscrite dans le projet d'établissement. Sa mise en œuvre s'appuie sur la forte mobilisation des acteurs de la démarche qualité (médecin directeur, responsable qualité et surveillante), et sur l'implication de l'ensemble des professionnels favorisant ainsi l'émergence d'une culture qualité durable. Les outils de la gestion de la qualité se structurent pour soutenir la démarche, en s'appuyant sur une fiche d'amélioration largement utilisée, permettant l'évaluation et la mise en œuvre d'actions d'amélioration dans tous les secteurs. Le programme de gestion des risques est en cours d'élaboration, sa réalisation permettra de mettre en place des moyens d'évaluation de la politique de prévention des risques.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sanitaires sont structurées et opérationnelles. Un comité des vigilances assure une coordination de l'ensemble des vigilances, complétée par la mise en place définitive de l'hémovigilance en janvier 2005, l'établissement n'ayant jamais pratiqué de transfusion.

Le comité de vigilance sanitaire de Caly dial avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales finalisent les indicateurs pertinents d'activité qui lui permettront une évaluation généralisée et pragmatique pour tous les sites.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'implication et la solide motivation de la présidente du Comité de lutte contre les infections nosocomiales, du cadre infirmier et de son équipe ont permis de réaliser un important travail de rédaction des protocoles d'hygiène et de pédagogie d'application de recommandations homogènes et cohérentes malgré l'éloignement des secteurs et la variété des prises en charges des patients.

Les professionnels impliqués concernés de Calydial s'associent au développement dans le programme de prévention et de maîtrise du risque infectieux qui est évaluée à périodicité définie.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, la Haute Autorité de santé, décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il ne fait l'objet d'aucune recommandation et l'invite à poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité.