



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DE
SIRTA
SUPPLÉANCE À L'INSUFFISANCE
PAR DES TECHNIQUES AUTONOMES**

**165, boulevard Jean-Allemane
95100 ARGENTEUIL**

Septembre 2006

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION	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	p.13

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »

Le « compte-rendu de certification » 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 LA CERTIFICATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

La certification 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 de certification est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS LA CERTIFICATION

- ***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 PROCEDURE DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification 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 QUALITE 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 ETABLI LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification 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* de certification 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 de certification est disponible sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

LES REFERENTIELS DE CERTIFICATION

- 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***

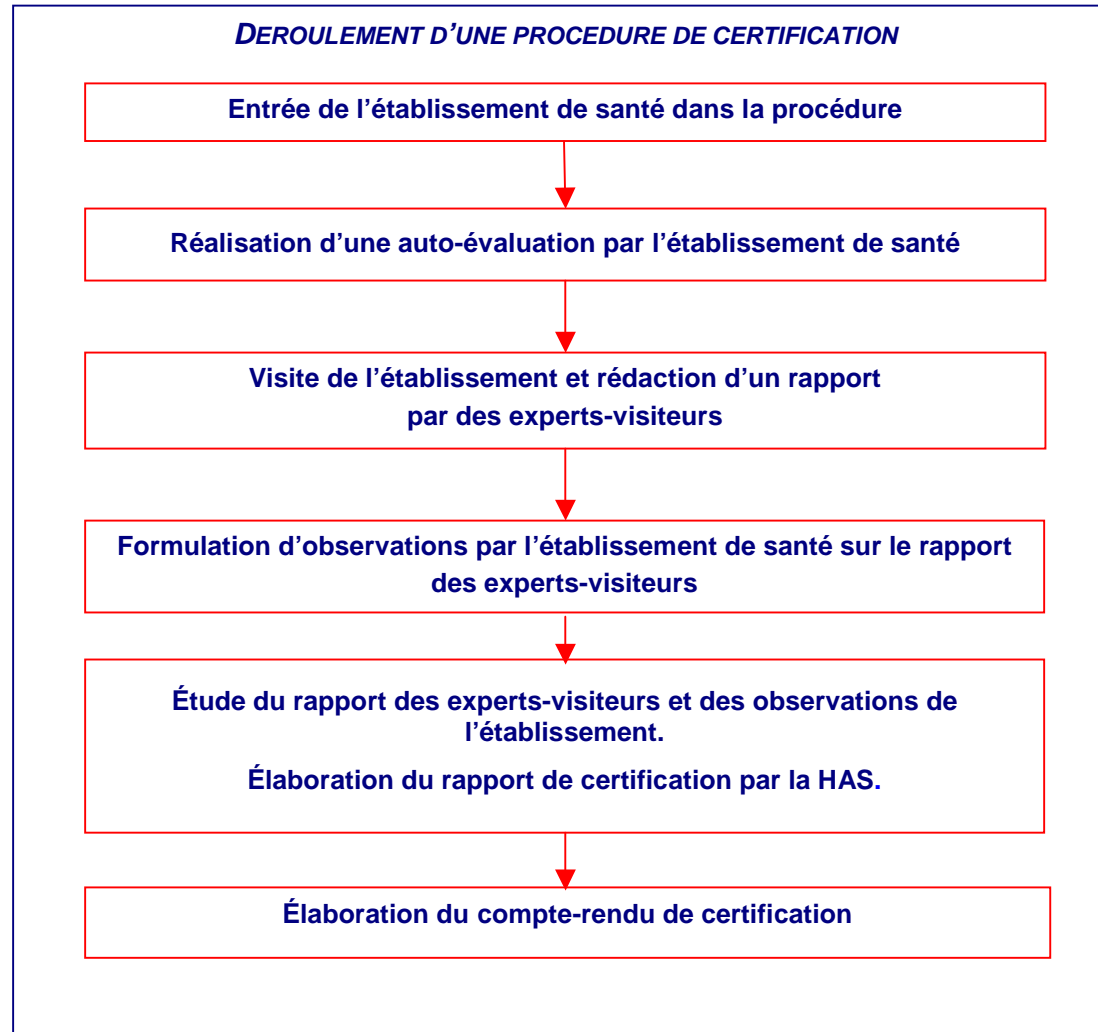
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants)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

Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, 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 de certification» 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 de certification est élaboré à partir du rapport de certification.



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

Le compte-rendu de certification contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure de certification,
- 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 :

APPRECIATIONS	MODALITES 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 de certifications des établissements de santé ayant conclu leur procédure de certification 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	SIRTA Suppléance à l'insuffisance rénale par des techniques autonomes	
Situation géographique	Ville : Argenteuil Département : 95	Région : Île-de-France
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, Hop. Local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	24	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	2 unités : Argenteuil ; Herblay.	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Épuration extrarénale	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Convention de repli et de coopération avec hôpital privé nord parisien (Sarcelles) Convention avec le laboratoire d'analyses médicales (Colombes) Adhésion au réseau des néphrologues du Val-d'Oise Adhésion au réseau Néphronest Convention avec la clinique du Parisis (Corbeil)	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)		
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Département du Val-d'Oise 80 % et départements limitrophes pour le reste	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	Entre 2003 et 2004, des travaux d'agrandissement et d'amélioration ont été réalisés sur les deux sites (ambiance thermique, phonique, réseau WIFI sécurisé, création de deux postes isolés, WC pour personnes à mobilité réduite...)	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **SIRTA (Suppléance à l'insuffisance par des techniques autonomes)**, sise 165, boulevard Jean-Allemagne – 95100 ARGENTEUIL

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **22 novembre 2005**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 11 au 14 avril 2006 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 **Septembre 2006**.

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 de certification.

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 SIRTa a adopté les principes de la charte du patient hospitalisé. Les professionnels sont sensibilisés au respect des droits du patient. La désignation de la personne de confiance est formalisée. Le personnel est sensibilisé à la confidentialité et à la loi du 4 mars par des actions de formation.

Le contrat de travail rappelle l'obligation du secret professionnel. L'information des patients est organisée. La réflexion bénéfice-risque est réalisée oralement et tracée dans le dossier. Les réclamations sont prises en compte. Une Commission de relations avec les usagers a été mise en place en novembre 2005. Une première enquête de satisfaction a été réalisée. L'évaluation du respect des droits des patients doit être pérennisée.

I.2 Dossier du patient

L'établissement met en place une politique de recueil des données, de tenue, de gestion, de continuité et d'évaluation du dossier du patient. Le dossier du patient comprend un volet administratif, un volet médical avec prise d'observations et un dossier infirmier. Les résultats des examens complémentaires et les courriers des correspondants sont intégrés dans le dossier.

Le dossier est informatisé et le logiciel permet le partage des informations.

La confidentialité des données est assurée par un rangement des dossiers papier dans des armoires sécurisées, l'accès aux données informatiques par une hiérarchie de codes d'accès personnel, la mise à disposition de destructeurs de documents.

L'informatisation des données permet un accès immédiat à l'historique de chaque patient.

Les prescriptions médicales sont rédigées, datées et signées. Les infirmières diplômées d'État notent un commentaire dans le volet infirmier du dossier du patient.

L'évaluation du dossier reste à généraliser.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La SIRTÀ est fortement impliquée dans le développement d'une démarche de qualité et de sécurité des patients dialysés. L'adaptation du service rendu aux besoins exprimés par les patients et à leur état de santé, des prises en charge améliorant la qualité de vie des patients sont à porter au crédit de l'établissement. La continuité et la coordination des soins sont favorisées par le passage fréquent du néphrologue lors des séances. Des conventions avec différents établissements permettent une continuité de la prise en charge des patients. La prescription, le prélèvement et l'acheminement des examens biologiques sont définis et font l'objet d'une formalisation sous forme d'une convention ; les résultats télétransmis sont directement intégrés dans le dossier informatisé du patient.

Des protocoles diagnostiques et thérapeutiques ont été mis en place, mais les événements sentinelles ne sont pas définis et les évaluations sont à développer.

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

Les instances réglementaires sont en place et leur fonctionnement est formalisé. Du fait de sa taille la communication est de proximité et orale. Une politique financière est en place. La concertation entre professionnelle est patente. Les professionnels participent activement aux actions d'amélioration de la qualité.

I.5 Gestion des ressources humaines

Du fait de sa taille, l'établissement se caractérise par une gestion directe et permanente des ressources humaines. Le dialogue social existe ; la CME exerce ses compétences ; la formation est assurée. Les fiches de fonction sont réalisées ; l'accueil du nouveau personnel est organisé. L'établissement doit formaliser et généraliser l'évaluation de la qualité de la gestion des ressources humaines.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les approvisionnements sont assurés. La plupart des fonctions logistiques sont sous-traitées (maintenance matérielle, traitement de l'eau, nettoyage). L'établissement est organisé pour assurer la sécurité des personnes, des bâtiments et des installations.

La dynamique qualité mise en évidence doit être poursuivie et améliorée par la mise en place d'évaluation des prestations.

I.7 Gestion du système d'information

Le système d'information mis en place depuis 1989 a été réactualisé en 1999 permettant la gestion d'une structure de dialyse. Le salarié signe la charte de l'utilisateur des ressources informatiques qui reprend l'obligation du secret professionnel. La maintenance, et l'évolution du système informatique ainsi que la formation du personnel à son usage sont en place.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Les professionnels sont largement associés et très impliqués dans la démarche qualité et de certification. La gestion documentaire est assurée. La commission de relation avec les usagers est en place de manière effective. Le programme de prévention des risques n'est pas établi. La dynamique de la gestion de la qualité dans l'établissement doit être développée par la formalisation d'un programme de la qualité et de la prévention des risques et l'évaluation de son efficacité.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les différentes vigilances réglementaires sont réunies dans une cellule de réflexion des vigilances, du risque infectieux et des risques en général. Les procédures à mettre en place en cas d'incident sont écrites et accessibles. La traçabilité des dispositifs médicaux et des médicaments n'est pas généralisée. L'ensemble des évaluations des vigilances est à formaliser.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'établissement s'est engagé dans la surveillance, la prévention et le contrôle du risque infectieux. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales a été créé en 2003. Il assure pleinement son rôle. Son rapport annuel d'activité pourrait être envoyé systématiquement aux tutelles en plus des instances et du Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales. Une stratégie de surveillance ciblée sur des actions de prévention, de surveillance, de formation et d'évaluation est mise en place. Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont utilisés. Les professionnels bénéficient d'une formation permettant la mise en œuvre du programme de lutte contre le risque infectieux. Deux infirmières diplômées d'État référentes en hygiène ont été nommées. Des actions sont menées pour prévenir les accidents d'exposition au sang qui sont, de ce fait, inexistant dans la structure. Des procédures d'entretien des équipements et dispositifs médicaux non stérilisables sont écrites, validées et appliquées pour les désinfections externes et internes des générateurs. Des procédures écrites, validées concernant la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement sont mises en œuvre. Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux évaluations.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification 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 de certification.

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.