



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DE
L'ASSOCIATION D'AIDE AUX
INSUFFISANTS RÉNAUX
MIDI-PYRÉNÉES
(AAIR)**

**Hôpital Purpan
TSA 40031
31059 TOULOUSE CEDEX 9**

Mai 2005

**COMPORTANT LE SUIVI DES DÉCISIONS
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

Juillet 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.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.11
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé.....	p.17
II.2 Modalités de suivi	p.17
PARTIE 4	
SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	p.18
II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.....	p.18
II.1 Rappel du libellé de la(es) réserve(s).....	p.18
II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé.....	p.19
II.3 Décisions de la Haute Autorité de santé.....	p.19

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 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

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.***

II. QU'APPORTE LA PROCÉDURE 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 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 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 RÉFÉRENTIELS 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***

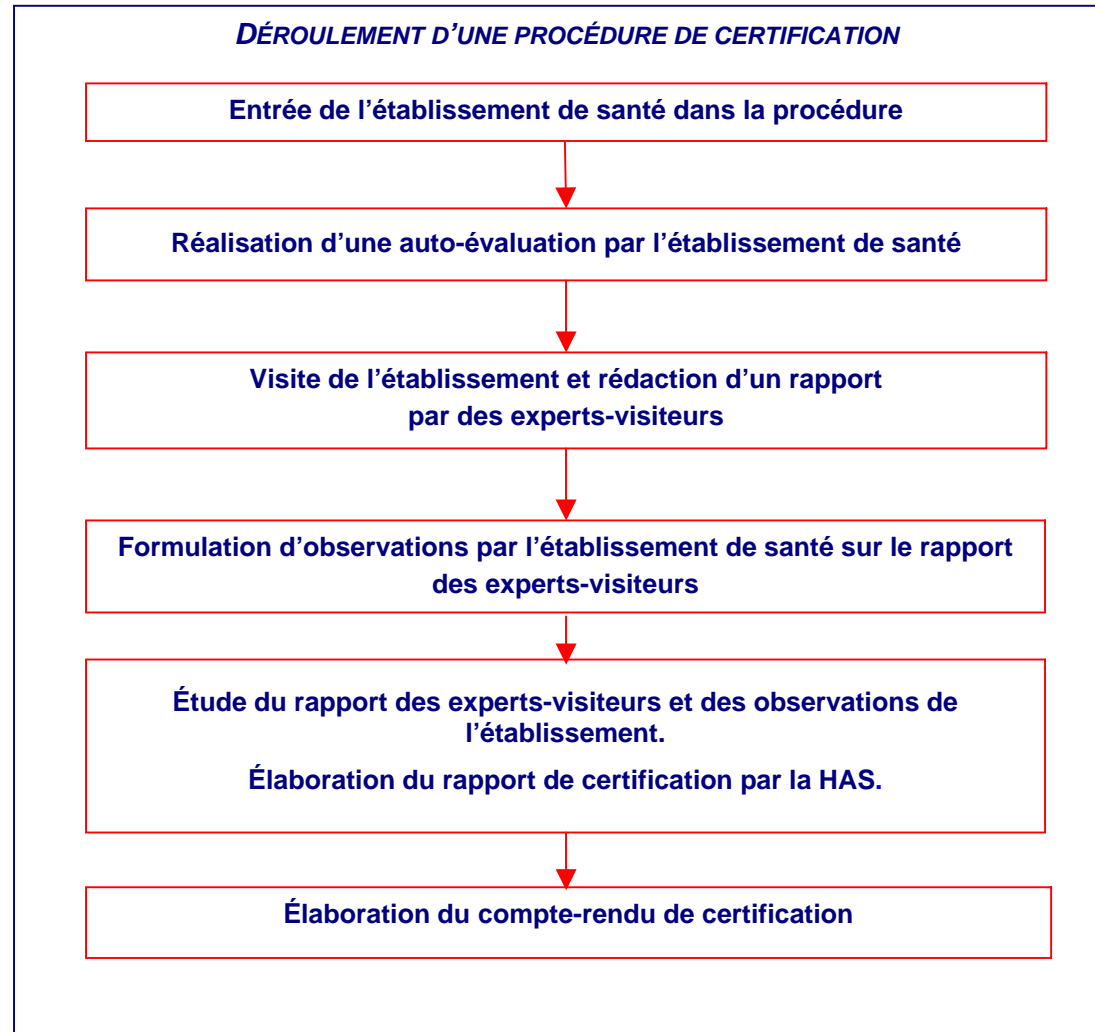
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants)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

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 de certification 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	Association d'aide aux insuffisants rénaux Midi-Pyrénées	
Situation géographique	Ville : Toulouse Département : 31059	Région : Midi-Pyrénées
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Association déclarée	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	255 postes d'autodialyse dont 8 postes d'éducation 39 patients en dialyse péritonéale 15 patients en hémodialyse à domicile	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Ariège (09) : 4 UAD (Pamiers, Foix, Lavelanet, Saint-Girons). Aveyron (12) : 4 UAD (Rodez Olemps, Rodez Moyrazes, Villefranche de R. Decazeville). Haute-Garonne (31) : 7 UAD + 1 centre d'éducation (Blagnac, Lardenne, Bonnefoy, Carbonne, Feretra, Saint-Gaudens, Colomiers). Gers (32) : 4 UAD (Fleurance, Mirande, Auch, Nogaro). Lot (46) : 4 UAD (Cahors, Montfaucon, Prayssac, Figeac). Hautes-Pyrénées (65) : 5 UAD (Bagnères-de-Bigorre, Lannemezan, Tarbes, Maubourguet, Lourdes).	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Traitement de l'insuffisance rénale chronique par exuration extrarénale par autodialyse	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Centres d'autodialyse Centre d'éducation à l'autodialyse Dialyse péritonéale à domicile Hémodialyse à domicile	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Convention depuis 1981, avec les hôpitaux de la région Midi-Pyrénées (CHG Val-d'Ariège, CHG Rodez, CHG Tarbes, CHG Cahors, CHU Purpan, CHU Rangheuil)	

Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Des 6 départements désignés ci-dessus. 24 % de la totalité des dialysés de la région Midi-Pyrénées.
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	1 UAD de Toulouse (Chemin des courses) reconstruit. Projet de déménagement 1 UAD dans l'Ariège (Pamiers). Regroupement de 2 UAD dans l'Ariège (Pamiers et Foix). Regroupement de 2 UAD dans l'Aveyron (Rodez/Olemps). Projet de déménagement 1 UAD dans l'Ariège (Decazeville). Projet de déménagement d'1 UAD en Haute-Garonne (Lardenne). Travaux prévus pour l'UAD de Carbonne et l'UAD de Feretra en Haute-Garonne. Projet de déménagement d'1 UAD dans le Gers (Auch). Projet d'agrandissement d'1 UAD dans le Lot (Cahors).

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **L'Association d'Aide aux Insuffisants Rénaux Midi-Pyrénées (AAIR)** sise Hôpital Purpan TSA 40031 - 31059 Toulouse Cedex 9

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du 15 juin 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 6 au 10 Décembre 2004 par une équipe multiprofessionnelle de 4 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 mai 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 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

Le livret d'accueil contient des informations concernant le patient. La charte y est incluse. L'information du patient sur le choix du mode de dialyse est donnée en amont dans le centre hospitalier dont il dépend, par le néphrologue qui le prendra ultérieurement en charge. Au cours de sa prise en charge au sein de l'association, l'information sur son état de santé est faite en continu lors des visites des médecins dans les unités, et plus implicitement durant les consultations trimestrielles. Dans les unités qui ne possèdent pas de bureau médical, les locaux ne permettent pas un colloque singulier respectant les règles de confidentialité. Des moyens sont mis en œuvre pour y remédier. La famille des patients est associée de manière à optimiser la prise en charge des patients. Lors de la décision d'un acte invasif à réaliser en dehors des unités, une information est donnée, un consentement oral est demandé. L'accueil des handicapés est assuré en partie. Les convictions religieuses sont respectées. La loi du 4 mars 2002 et plus particulièrement sur les modalités d'accès au dossier reste à actualiser. L'évaluation du respect des droits du patient est à réaliser dans sa mise en œuvre.

I.2 Dossier du patient

L'établissement a défini une politique du dossier du patient unique qui s'est développée selon trois axes : les éléments devant figurer au dossier qui a fait l'objet d'une réflexion entre les médecins et les infirmières, la mise en place des mesures permettant d'assurer la confidentialité du dossier et la mise en place d'un formulaire de prescription médicale nominative.

Cette politique, comprise et mise en œuvre sur le terrain par les professionnels, a abouti à un outil de travail efficace permettant d'assurer la qualité des soins. Cependant du fait de la dispersion des sites et des départements, les copies se multiplient (photocopies, fax, copies manuelles) afin d'actualiser l'information sur le patient en temps réel.

L'établissement a initié une réflexion pour un dossier informatisé.

Des règles pour la conservation des archives sont mises en place, mais ne sont pas définitivement arrêtées.

L'établissement a mené en 2004 une enquête sur la prescription médicale. La nécessité d'évaluer le dossier de soins est identifiée, mais non formalisée à ce jour.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le projet médical et le projet de soins, élaborés par les professionnels définissent la prise en charge des patients en autodialyse, à domicile ou en dialyse péritonéale. Le rattachement des différents sites à des centres hospitaliers de repli permet une sécurité du processus de prise en charge du patient tout en gardant la spécificité de chaque centre d'autodialyse dans l'organisation de la prise en charge. L'orientation de la prise en charge tient compte de la pathologie, de l'environnement de proximité. Le patient atteste de son accord dans un formulaire de consentement.

L'amplitude de l'accueil des patients est prise en compte selon les demandes et selon les sites.

La validation du formulaire de prise en charge du patient permet de décliner ensuite toutes les phases d'accueil prévues selon une procédure. Les sites d'UAD (Unité d'Autodialyse) accueillent des patients ne nécessitant pas la présence constante d'un médecin.

Un circuit d'appel des patients vers les centres et sites est effectif pour chaque site d'UAD (unité d'autodialyse) et CRM (centre Robert Monthieu), sous forme de liste téléphonique, connue de tous les patients, de tout le personnel.

Une astreinte médicale est organisée dans toutes les UAD (unité d'autodialyse) des différents départements et CRM, en lien avec chaque hôpital de repli. Elle est connue des patients et des soignants. Elle est effective.

Une consultation initiale existe dans chaque hôpital de repli, référent de l'UAD (unité d'autodialyse) et du CRM (centre Robert Monthieu). Les prescriptions sont nominatives, datées et signées par le prescripteur. Une enquête de conformité des prescriptions a été réalisée le premier semestre 2004 par la pharmacie.

L'organisation de la prise en charge permet une information actualisée pour tous les acteurs (médecin traitant, soignant, consultant spécialisé, permanence médicale, SAMU, pharmacien), dans l'hôpital de repli et au site de l'UAD (unité d'autodialyse). Après toute hospitalisation, le retour du patient est programmé et attendu dans l'UAD (unité d'autodialyse) ou le CRM (centre Robert Monthieu).

Pour les soignants libéraux, personnel des UAD (unité d'autodialyse) dans les départements, leur contrat stipule une obligation de permanence des soins sur le site.

Tout changement de traitement ou d'informations médicales est faxé aux différents partenaires, acteurs et aux différents sites (centre hospitalier, unité d'autodialyse, centre Robert Monthieu), puis par courrier.

Un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles est opérationnel. L'organisation de la pharmacie est opérationnelle et structurée afin de traiter les demandes et de livrer selon une planification ou en urgence, dans tous les sites et domiciles.

Les laboratoires connaissant la population traitée anticipent la transmission programmée en contactant le prescripteur pour signaler une anomalie sentinelle (taux de potassium).

L'AAIR, multisites, s'est engagée dans une coordination de la prise en charge basée sur une surveillance continue du patient en lien avec l'hôpital de repli, ainsi que l'actualisation en temps réel des informations concernant son état de santé malgré la diversité des départements.

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

Un projet d'établissement a été rédigé par différentes instances impliquant une grande partie des acteurs. IL décline quelques objectifs, mais les actions prioritaires et leur calendrier de mise en œuvre restent à définir. La communication est peu développée. Les instances sont actives et déterminent les orientations de la politique financière de l'association. L'implication de tous les acteurs est réelle pour la prise en charge du patient, mais incomplète dans la gestion et l'évaluation des ressources. La place et le rôle de certains responsables restent à définir. Il n'y a pas d'évaluation de la réalisation des objectifs ni d'analyse prospective dans le cadre de la gestion managériale de l'établissement.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social reste à écrire.

Des actions concernant l'amélioration de la gestion des ressources humaines ont été déclinées dans le projet d'établissement et sont à mettre en œuvre.

Le dialogue social est effectif. La CME(conférence médicale d'établissement) exerce ses attributions en termes de ressources humaines.

La gestion prévisionnelle et ses règles de fonctionnement sont définies. Elles sont à coordonner et harmoniser en lien avec l'encadrement soignant. Les entretiens d'évaluation du personnel sont à mettre en place à partir des profils de poste, ainsi que la traçabilité de la demande des salariés en matière de formation continue.

La gestion administrative des dossiers du personnel est sécurisée en dehors de la validation des diplômes qui est à vérifier.

Il n'y a pas d'évaluation de la gestion des ressources humaines.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement gère un centre d'éducation, le CRM (centre Robert Monthieu), et 27 unités d'UAD (Unité d'Autodialyse). Les 2/3 sont récents ou rénovés. Les autres sont plus anciennes et inadaptées au niveau d'exigence actuel, bien que la sécurité y reste globalement assurée. Seuls les locaux du CRM (centre Robert Monthieu), ne répondent plus aux normes et vont être déménagés au premier trimestre 2005. L'établissement a conscience que les unités les plus anciennes doivent faire l'objet de mesures correctrices à brève échéance.

Les équipements de dialyse sont nombreux, adaptés, et font l'objet de longue date d'une maintenance préventive et curative efficace. Certains systèmes de traitement d'eau particulièrement anciens requièrent cependant une maintenance lourde consommatrice de temps et demandent à être remplacés. Les approvisionnements en dispositifs médicaux, médicaments et consommable hôtelier sont bien organisés, sécurisés par la pharmacie, avec un système de livraisons, efficace. Les besoins en approvisionnement d'urgence sont reconnus et traités. Le respect des délais tient en partie à un partenariat ancien avec un transporteur sous-traitant travaillant en exclusivité pour l'association, et à l'attribution d'un véhicule à chaque technicien.

L'établissement a en revanche rencontré des difficultés dans la gestion des prestations hôtelières, ménage, blanchisserie et restauration. Une politique volontariste, soutenue par le CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) a permis une amélioration de la qualité de la prestation de ménage, dont la mise en œuvre doit être poursuivie. Le traitement du linge, dans un but de simplification et de sécurisation, a été remplacé par la mise en place de tenues et draps à usage unique. La restauration est entièrement sous-traitée en liaison froide, ce qui minimise les risques. Le devenir des aliments non consommés reste à définir.

La sécurité des personnes est assurée, celle des biens des utilisateurs n'a pas été priorisée du fait de l'absence d'incident. La mise en œuvre est en cours. Les locaux sensibles, magasin et pharmacie, sont sous alarme et surveillance pendant les heures de fermeture. La fermeture de l'accès de la pharmacie demande en revanche à être assurée pendant les heures ouvrables.

La pharmacie et le service technique disposent de tableaux de bord, et d'indices de satisfaction des patients traités à domicile. La satisfaction des patients en termes de restauration est recherchée. Une enquête sur la qualité globale de la prestation logistique auprès des UAD (unité d'autodialyse) reste à organiser.

I.7 Gestion du système d'information

Il n'y a pas de schéma directeur du système d'information, mais l'ensemble des utilisateurs contribue au choix des logiciels et à leur développement. Il reste à mettre en œuvre l'harmonisation des différents systèmes. La gestion du dossier du patient est sécurisée. Son accès reste à réactualiser au regard de la réglementation. Il n'y a pas d'évaluation du système d'information.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité n'est pas formalisée. Elle a été mise en place au travers de la démarche d'accréditation, qui a permis de structurer des actions plus anciennes, mais disparates. Une dynamique s'est installée, avec la nomination d'un responsable qualité, et l'aide d'un conseil extérieur. Il n'y a pas de calendrier précis pour des actions prévisionnelles. La nomination prévue d'un cadre infirmier permettrait de maintenir la dynamique et de pérenniser sa mise en œuvre. Il en est de même pour le poste de référent qualité. Les unités ne sont pas dotées d'un outil informatique leur permettant d'accéder à la gestion documentaire. L'exploitation des enquêtes de satisfaction est à optimiser. La prévention des risques professionnels est opérationnelle, ainsi que celle des risques liés aux patients (incendie, coupure d'électricité, d'eau, risque de contamination de l'eau du circuit de dialyse). Un programme global de gestion des risques est à mettre en place. Il est nécessaire de mener des actions d'évaluation de la dynamique qualité.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sont opérationnelles, les correspondants sont identifiés, connus de tous, leurs noms figurent sur des affiches dans toutes les unités. Le choix a porté sur une fiche de signalement commune simplifiée pour la pharmaco- et la matériovigilance, de façon à favoriser les déclarations. Les déclarations sont ensuite traitées de façon réglementaire par les correspondants, un retour vers les déclarants est réalisé. Les actions de maintenance curative sont faites au moyen d'une fiche de dysfonctionnement qui est également simple et connue de tous. L'hémovigilance est structurée, formalisée par une convention avec le CHU (centre hospitalier universitaire).

Il reste à relier l'ensemble des vigilances par une coordination commune.

La dynamique est présente en ces domaines, il reste à en évaluer l'efficacité de manière à mettre en place un plan global d'amélioration.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'établissement s'est doté en 2000 d'un CLIN (comité de lutte contre les infections nosocomiales) qui assure des missions de surveillance. Il participe aux décisions en matière de locaux et d'équipement. Il rédige des protocoles et assure le lien avec le CCLIN (centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales) Sud-Ouest. La mise en œuvre des mesures d'hygiène et des protocoles de soins est relayée par une infirmière qui a été sensibilisée et dispose d'un temps réduit pour accomplir sa mission. La désinfection des générateurs et les traitements d'eau ont été sécurisés. Des protocoles de soins ont été mis en place. L'établissement a fait effectuer deux audits, dont le résultat n'a pas été jugé satisfaisant, en particulier en matière d'hygiène des locaux des UAD.(Unité d'Autodialyse) Un cadre infirmier a été missionné pour améliorer la situation sur le terrain et coordonner les transmissions avec les prestataires. La démarche, bien engagée, reste à finaliser. De même, la mise en œuvre des protocoles de soins est à accompagner et évaluer. Leur contenu doit faire l'objet d'une amélioration continue. Du fait du type d'exercice, le personnel est très isolé. Il ne bénéficie que de peu de formations et n'a pas d'accès facile à la documentation. La réflexion sur la communication, le partage d'expérience, l'évaluation des besoins en formation restent une priorité.

En matière de prévention des AES (accident d'exposition au sang), il existe une importante carence en matière de surveillance vaccinale, puisque le suivi des IDE (infirmière diplômée d'État) libérales par la médecine du travail échappe à l'association. Les recommandations concernant les précautions standard sont en place, ainsi que le matériel de protection, mais le suivi de la procédure n'est pas évalué.

La sécurité en matière de linge et de gestion des déchets est acquise.

La surveillance de l'eau du réseau est faite, mais la maintenance préventive est à mettre en place avec le carnet sanitaire.

Enfin, certains petits DM (dispositif médical) à haut risque, actuellement partagés, et dont la désinfection est soumise à un protocole, auraient avantage à être dédiés. Il est nécessaire d'évaluer la pratique de ces protocoles.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Fédérer et coordonner les professionnels autour du projet d'établissement partagé,
- Formaliser la politique du dossier patient, en veillant à la généralisation et à l'uniformisation de sa mise en œuvre ainsi que de son évaluation,
- Coordonner et mettre en œuvre la dynamique de réflexion concernant les pratiques de soins et hygiène.

Réserve formulée par la Haute Autorité de santé

- Formaliser, mettre en œuvre et évaluer la gestion des ressources humaines.

II.2 Modalités de suivi

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.

Cependant, la HAS ayant émis une réserve sur les points mentionnés ci-dessus, un **rapport de suivi** sera produit par l'établissement sur les sujets concernés dans un **délai de 1 an** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport de suivi, la Haute Autorité de santé procédera à un réexamen de la situation de l'établissement.

PARTIE 4

SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Un rapport de suivi a été transmis à la HAS en **juin 2006** pour délibération en **juillet 2006**.

II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Rappel du libellé de la réserve

La réserve suivante a été émise par la HAS :

- Formaliser, mettre en œuvre et évaluer la gestion des ressources humaines.

II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé

L'établissement a mis en œuvre une organisation stratégique et opérationnelle afin de conduire les actions nécessaires pour assurer la mise en œuvre de la gestion des ressources humaines.

Pour la conduite du projet, a été constitué un groupe de travail, « le groupe GRH » de façon transversale et pluridisciplinaire, associant le directeur, le référent qualité également pharmacien adjoint, une infirmière, référente hygiène représentante des infirmières salariées et déléguée du personnel, une infirmière représentante des infirmières libérales, le chef comptable, le magasinier et la secrétaire de direction.

Les actions mises en place se répartissent en plusieurs axes :

- l'élaboration du projet social : celui-ci définit les modalités de recrutements et d'intégration de nouveaux personnels, aborde l'information et la communication ; le développement du dialogue social ; l'accompagnement aux changements et la politique en direction du professionnel libéral. Ce projet est disponible sur intranet,
- l'élaboration du bilan social,
- la production de Plans d'Actions est élaborée pour chaque section du projet social, avec la mise en place d'un indicateur de suivi pour quelques actions.

Pour pérenniser l'amélioration des pratiques, l'établissement devra élaborer un dispositif d'évaluation. Chaque plan d'action fait l'objet d'un suivi par le responsable qualité.

Le rapport remis par l'association d'aide aux insuffisants rénaux Midi-Pyrénées pour démontrer la réalité des actions réalisées et engagées confirme l'ensemble des éléments ci-dessus.

II.3 Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu du rapport de suivi fourni par l'établissement, la Haute Autorité de santé **décide de lever la réserve sus-mentionnée et émet la recommandation suivante** :

- Poursuivre la mise en œuvre et l'évaluation de la gestion des ressources humaines.

L'établissement met en œuvre les actions correctives et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure de certification.