



Accréditation et Hémodialyse

Dr P. BERTOCCHIO - Chef de Service Hémodialyse - C.H. MARTIGUES

LA DÉFINITION DE L'ACCREDITATION

L'accréditation est :

- Une **procédure d'évaluation externe** à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, indépendantes de l'établissement et de ses organismes de tutelle,
- Évaluant **l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques**.
- Elle vise à assurer **la sécurité et la qualité des soins** donnés au malade et à promouvoir une **politique de développement continu de la qualité** au sein des établissements de santé.
- L'organisme accréditeur établit, avec les professionnels du système de santé, des **référentiels** pour apprécier les structures, les procédures et les **résultats en terme de gain de santé et de satisfaction du patient**.
- En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (A.N.A.E.S.).
- Près de 4000 établissements sont concernés.

ACCREDITATION

PROGRAMME ASSURANCE QUALITÉ

Qualité : ensemble des caractéristiques d'une entité qui portent sur sa bonne gestion, sur son aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites des utilisateurs d'un produit ou d'un service, dans le cadre des exigences de la société (Norme ISO 8402).

DÉMARCHE ASSURANCE QUALITÉ

PROTOCOLES, PROCESSUS, CONTRÔLES DE QUALITÉ

RÉFÉRENTIELS

CONFÉRENCES DE CONSENSUS

PUBLICATIONS DES ÉQUIPES "DE RÉFÉRENCE"

LES OBJECTIFS DE L'ACCREDITATION

L'accréditation s'inscrit dans une **logique de progrès** d'un établissement de santé et accorde une **place centrale au patient, à son parcours, à la coordination des soins qui lui sont apportés, à sa satisfaction**.

Elle a 6 objectifs principaux :

- **L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins** qui constituent une attente principale des patients vis-à-vis du système de santé.
- L'appréciation de la capacité de l'établissement à **améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient**, grâce à la mise en œuvre d'un **système reconnu de gestion de la qualité**.
- La formulation de **recommandations explicites**.
- **L'implication des professionnels** à tous les stades de la démarche qualité afin qu'ils acceptent et s'approprient les changements.
- **La reconnaissance externe** de la qualité des soins dans les établissements de santé.
- **L'amélioration continue de la confiance du public**.

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

- **La démarche de planification** consiste à déterminer, en fonction des besoins de santé et des installations existantes, les services et disciplines à implanter dans un espace géographique donné et pour une période de temps définie. Les **Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire** et les **cartes sanitaires** sont des outils de planification.
- **La procédure d'autorisation** permet à une structure désignée d'exercer une activité donnée.

- **L'allocation de ressources** a pour objet d'allouer les moyens de financement aux établissements de santé.
- **L'inspection et le contrôle de conformité** présentent des objectifs ciblés, des méthodes spécifiques et font intervenir des acteurs spécialisés.
- **L'évaluation des compétences individuelles et les procédures disciplinaires** sont du ressort d'instances internes ou externes à l'établissement de santé.
- **La certification** ne constitue pas un pré-requis à l'accréditation. La certification présente des caractéristiques différentes de l'accréditation quant à son mode et à son champ d'intervention.

COMMENT ENTRER DANS LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION ?

1. La procédure d'accréditation est engagée à **l'initiative du directeur de l'établissement**.
2. L'A.N.A.E.S. propose un **contrat d'accréditation** rappelant les engagements à tenir puis envoie les documents d'analyse nécessaires à la phase d'auto-évaluation.
3. L'établissement effectue son **auto-évaluation** et en transmet les résultats à l'A.N.A.E.S.
4. Après réception des résultats de l'auto-évaluation, **la visite d'accréditation** est effectuée par une équipe d'experts-visiteurs, qui rédige le **rapport des experts**, lequel s'appuie sur les résultats de l'auto-évaluation.
5. Le rapport des experts est communiqué à l'établissement pour qu'il formule ses **observations**.
6. Le rapport des experts et les observations de l'établissement au rapport des experts sont communiqués au **Collège de l'accréditation** de l'A.N.A.E.S., qui examine le déroulement de la procédure, valide le rapport d'accréditation qui comporte des recommandations, fixe les modalités de suivi et arrête le délai au bout duquel une nouvelle procédure devra être engagée.

7. Le **rapport d'accréditation** est transmis par l'Agence au directeur de l'établissement de santé ainsi qu'au directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation compétente.
8. Un **compte-rendu de la procédure d'accréditation** est transmis par l'A.N.A.E.S. à l'établissement. Il est consultable sur demande par le public et les professionnels de santé intéressés.

L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

doit démontrer sa capacité à apporter des solutions dans les domaines de :

- La **sécurité** des personnes et des locaux, dont la sécurité incendie et l'hygiène.
- La **sécurité** alimentaire, y compris l'eau d'alimentation.
- La pharmacie.
- La **vigilance** sur les produits de santé (dispositifs médicaux, produits sanguins et autres produits biologiques, médicaments...).
- La stérilisation.
- La **sécurité** anesthésique.
- L'eau, l'air, les fluides.
- La collecte et l'élimination des déchets hospitaliers.
- Les autres contrôles de **conformité** (exemple : conformité technique).

L'ÉCHELLE D'APPRÉCIATION

utilisée pour faciliter le recueil d'appréciation lors de l'auto-évaluation puis de la visite.

Le positionnement :

- Sur le **niveau A**, indique que l'établissement satisfait à la référence.
- Sur le **niveau B**, indique que l'établissement satisfait en grande partie à la référence.
- Sur le **niveau C**, indique que l'établissement satisfait partiellement à la référence.
- Sur le **niveau D**, indique que l'établissement ne satisfait pas à la référence.

À ceci s'ajoute la possibilité d'indiquer que la référence n'est pas applicable à l'établissement (NA).

LA CONCLUSION DU CONTRAT D'ACCREDITATION

a pour effet la transmission à l'établissement de santé, par l'A.N.A.E.S. :

- Du **manuel d'accréditation des établissements de santé**.
- Du guide "**préparer et conduire votre démarche d'accréditation**".
- Des outils et grilles de recueil des appréciations de l'auto-évaluation (version papier puis fichier informatique).
- De supports pédagogiques, permettant la présentation de la démarche aux professionnels de l'établissement considéré.
- Le cas échéant, de documents complémentaires destinés à évaluer la procédure elle-même ou à tester certaines modalités évolutives.

MANUEL D'ACCREDITATION CHAPITRE 4 LES RÉFÉRENTIELS

I. LE PATIENT ET SA PRISE EN CHARGE

- Droits et information du patient
- Dossier du patient
- Organisation de la prise en charge des patients

II. MANAGEMENT ET GESTION AU SERVICE DU PATIENT

- Management de l'établissement et des secteurs d'activité
- Gestion des ressources humaines
- Gestion des fonctions logistiques
- Gestion du système d'information

III. QUALITÉ ET PRÉVENTION

- Gestion de la qualité et prévention des risques
- Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle
- Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

DROITS ET INFORMATION DU PATIENT (D.I.P.)

INTRODUCTION

La notion de droit du patient fait référence, d'une part aux **droits universels de l'homme et du citoyen** et aux **principes généraux du droit français**, d'autre part aux droits plus directement liés à la présence du patient dans l'établissement de santé.

L'ensemble de ces principes est repris dans la **charte du patient hospitalisé** (ces principes sont repris dans le **code de Déontologie** récemment révisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, et dans la **loi portant réforme hospitalière** de 1991).

L'établissement s'assure que chaque patient peut exercer ses droits et met en œuvre à cet effet les moyens nécessaires à leur prise en compte.

Les droits du patient concernent essentiellement **l'accès aux soins, la liberté de choix, et le respect de la dignité**.

L'information constitue un champ spécifique de ces droits.

D.I.P. - Référence 1

L'établissement inscrit les droits et information du patient dans ses priorités.

D.I.P. - Référence 2

L'établissement assure à tous l'accès aux soins.

D.I.P. - Référence 3

Le patient reçoit une **information claire, compréhensible et adaptée** sur les conditions du séjour.

D.I.P. - Référence 4

Le patient reçoit une information claire, compréhensible et adaptée sur ses soins et son état de santé.

D.I.P. - Référence 5

Le consentement du patient et/ou de son entourage est requis pour toute pratique le concernant.

D.I.P. - Référence 6

Le **respect de l'intimité et de la dignité** du patient ainsi que sa liberté sont préservés tout au long de son séjour ou de sa consultation.

D.I.P. - Référence 7

Le respect de la **confidentialité** des informations personnelles, médicales et sociales et de la vie privée est garanti au patient.

D.I.P. - Référence 8

Les réclamations et/ou plaintes des patients font l'objet d'une gestion particulière;

D.I.P. - Référence 9

L'établissement évalue le respect des droits du patient.

D.I.P.3.b. Les informations concernant le séjour sont par exemple : les horaires de visite ; les obligations liées à la vie collective : prévention des nuisances sonores, limitation de l'usage du tabac en milieu hospitalier.

DOSSIER DU PATIENT (D.P.A.)

D.P.A. - Référence 1

L'établissement définit et met en œuvre une **politique du dossier du patient** dans l'ensemble des secteurs d'activité.

D.P.A. - Référence 2

La politique du dossier du patient associe dans sa définition et sa mise en œuvre les **instances et les professionnels concernés**.

D.P.A. - Référence 3

Les informations contenues dans le dossier du patient sont soumises au respect des règles de **confidentialité**.

D.P.A. - Référence 4

La tenue du dossier du patient permet une **gestion fiable des informations**.

D.P.A. - Référence 5

Le contenu du dossier du patient permet d'assurer la **coordination de la prise en charge** entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D.P.A. - Référence 6

La gestion du dossier du patient est organisée de façon à assurer l'**accès aux informations**.

D.P.A. - Référence 7

Le dossier du patient fait l'objet d'un **dispositif d'évaluation et d'amélioration continue**.

D.P.A. - RÉFÉRENCE 5

D.P.A.5.a. Le dossier du patient comporte, **sous l'autorité du praticien responsable**, dans les meilleurs délais après son admission, les motifs d'hospitalisation et les conclusions de l'évaluation initiale de la situation du patient.

D.P.A.5.b. Le dossier du patient comporte des **informations actualisées** sur l'évolution de son état clinique et de sa prise en charge.

D.P.A.5.c. Le dossier du patient permet à **tout moment** de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient.

D.P.A.5.d. Le dossier du patient comporte, lorsque sa prise en charge l'exige, **des éléments d'information spécialisés**.

D.P.A.5.e. Le dossier du patient comporte la **trace de la réflexion bénéfico-riskue** de la stratégie diagnostique et thérapeutique adoptée pour le patient avant chaque acte invasif.

D.P.A.5.f. Le dossier du patient comporte, après sa sortie, les **conclusions du séjour** et les éventuelles modalités de suivi.

D.P.A.5.g. Le **médecin désigné par le patient** est destinataire d'un document écrit qui lui parvient dans un délai permettant la continuité de la prise en charge.

D.P.A.5.d. Les éléments d'information spécialisés sont notamment :

- le dossier anesthésique
- le compte-rendu opératoire
- le compte-rendu d'accouchement
- le dossier transfusionnel
- la fiche de traçabilité des médicaments dérivés du sang
- le consentement écrit du patient pour les situations qui l'exigent.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS (OPC)

1. Accès
2. Accueil
3. Evaluation des besoins et de l'état de santé du patient
4. Conduite de la prise en charge
5. Sortie
6. Evaluation de la prise en charge

OPC - Référence 1

L'établissement définit une **politique** visant à assurer l'organisation de la prise en charge des patients.

OPC - Référence 2

L'accès à l'établissement et à ses différents secteurs d'activité est organisé, facilité, et fait l'objet d'une information claire.

OPC - Référence 3

L'établissement met en œuvre une **politique d'accueil** du patient et de son entourage.

OPC - Référence 4

La prise en charge du patient est établie en fonction d'une **évaluation initiale et régulière** de son état de santé.

OPC - Référence 5

Les **besoins spécifiques** du patient sont identifiés et pris en charge.

OPC - Référence 6

La prise en charge du patient est **coordonnée** au sein des secteurs d'activité cliniques.

OPC - Référence 7

La **continuité** des soins est assurée.

OPC - Référence 8

Les professionnels intervenant dans les blocs opératoires, les autres secteurs interventionnels et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs **règles de fonctionnement**.

OPC - Référence 9

Les professionnels de la pharmacie et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

OPC - Référence 10

Les professionnels des laboratoires et les secteurs d'activité cliniques déterminent

en commun leur règles de fonctionnement.

OPC - Référence 11

Les professionnels des secteurs d'imagerie médicale ou d'exploration fonctionnelle et les secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

OPC - Référence 12

La **sortie du patient est planifiée et coordonnée**.

OPC - Référence 13

Le décès du patient fait l'objet d'un **accompagnement**.

OPC - Référence 14

Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques utilisent des **protocoles diagnostiques et thérapeutiques**.

OPC - Référence 15

Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **évaluent** les pratiques professionnelles et les résultats obtenus.

OPC.4.b. Les besoins du patient à prendre en compte sont les **besoins physiques, psychologiques, sociaux, fonctionnels et nutritionnels**.

Les situations nécessitant une prise en charge spécifiques sont par exemple : la violence, l'agitation, la tendance suicidaire.

Les besoins spécifiques des enfants (école par exemple) et des personnes âgées sont identifiés.

La prise en charge des **besoins spécifiques du patient en fin de vie** fait l'objet notamment de formations et de réflexions multidisciplinaires permettant d'élaborer une démarche commune, en relation avec le médecin traitant et l'entourage.

Parmi les actions d'éducation pour la santé dont les patients peuvent avoir besoin on citera la prévention et le sevrage du tabagisme, de l'alcoolisme.

OPC.7.e. La **continuité des soins entre secteurs d'activité** s'impose notamment lors de l'admission dans un secteur d'activité à partir des urgences, lors des mutations internes et lors du passage dans un plateau médico-technique.

OPC.8.a. La **prise en charge pré, per et post-interventionnelle** est organisée conjointement par les opérateurs, les anesthésistes, et l'encadrement des secteurs concernés.

OPC.8.b. Afin d'assurer la continuité de la prise en charge pré, per et post-interventionnelle du patient, les différents pro-

fessionnels concernés assurent, à chaque étape, une **transmission écrite des informations**.

OPC.10.a. Les règles relatives aux conditions de prescription, de prélèvement, d'acheminement et de communication des résultats des examens sont établies.

OPC.10.b. En fonction des circonstances cliniques, les prescriptions d'examens mentionnent les renseignements cliniques requis et les objectifs de la demande.

OPC.10.c. Les **résultats d'examens répondent aux besoins des secteurs d'activité cliniques** en terme de qualité et de délais de transmission.

OPC.10.d. Des mécanismes sont en place pour analyser l'utilisation des examens de laboratoire.

OPC.12.a. La **planification de la sortie** est envisagée dès l'arrivée du patient et actualisée au cours du séjour.

OPC.12.b. Le patient est orienté vers le circuit de prise en charge approprié à sa situation.

OPC.12.c. La sortie est organisée avec le patient et son entourage.

OPC.12.d. Le patient dispose de sa sortie des informations et des documents nécessaires pour assurer **la continuité de sa prise en charge**.

OPC.12.e. Le médecin traitant est informé du retour à domicile ; cette information est communiquée préalablement à la sortie lorsque l'état du patient requiert un suivi particulier.

OPC.12.f. La continuité de la prise en charge est assurée lors du transfert du patient.

OPC.12.d. Les informations fournies au patient **doivent lui permettre de participer activement** à son traitement après sa sortie de l'établissement.

OPC.13.a. Les **personnes à prévenir** sont contactées en cas d'état critique du patient.

OPC.13.b. Les **volontés et les convictions** du défunt sont respectées.

OPC.13.c. Le médecin traitant est informé du décès.

OPC.13.d. Un **accompagnement psychologique de l'entourage** est assuré.

OPC.14.a. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **utilisent les recommandations de pratiques cliniques** adaptées à leur domaine d'activité.

OPC.14.b. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **élaborent des protocoles diagnostiques, thérapeutiques** dans les domaines où ces protocoles sont justifiés.

OPC.14.c. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **évaluent** l'utilisation de ces protocoles.

OPC.15.a. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **entreprennent des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles**.

OPC.15.b. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **définissent, recueillent et utilisent des indicateurs de résultats**.

OPC.15.c. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **déterminent les événements sentinelles** qui doivent faire l'objet d'une analyse systématique et multiprofessionnelle.

OPC.15.d. Les secteurs d'activité cliniques et médico-techniques **ajustent leurs pratiques et leurs outils** en fonction des résultats de l'évaluation.

OPC.15.c. Un **événement-sentinelle** identifie une occurrence défavorable qui sert de **signal d'alerte** et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée. Ces événements représentent des extrêmes utilisés en gestion de risque et se prêtent mal à une analyse statistique. Ils sont choisis par chaque secteur d'activité clinique.

A titre d'exemple d'événements sentinelles : les décès inattendus, les complications majeures, les reprises d'interventions par le bloc opératoire, l'occurrence de certaines infections nosocomiales, les réadmissions non programmées, les sorties contre avis médical, les accidents transfusionnels.

ÉVALUATION DE L'INFORMATION AUX PATIENTS INSUFFISANTS RÉNAUX AVANT DIALYSE

A. Caillette-Beaudouin, M.H. Perret du Cray, C. Collin, Y. Gagneux, M. Labeeuw et Y. Matillon - Néphrologie 19,III-116, 1998.

RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude était **d'évaluer la qualité de l'information donnée aux patients insuffisants rénaux avant la mise**

en route d'un traitement de suppléance et d'améliorer l'impact de cette information sur l'adaptation du patient à son mode de dialyse.

La méthode utilisée est celle de l'audit clinique qui compare les procédures observées dans une population de patients dialysés à un standard de référence établi après consensus par l'équipe soignante, puis propose des actions de réduction des écarts observés. Les résultats obtenus montrent que la majorité des patients interrogés n'a reçu qu'une information partielle sur les différentes techniques de dialyse. La difficulté de la mise en route et du suivi du traitement par dialyse justifie pour ces patients une information plus complète. L'action proposée a été mise en place d'une structure spécialisée produisant une information détaillée et l'accompagnement psychologique nécessaire. Après la mise en place de cette structure, une étude de réévaluation a permis de mesurer le bénéfice de cette information plus structurée auprès des patients et a mis en évidence la nécessité d'améliorer encore la transmission d'information par les médecins généralistes et spécialistes.

ASSURER LA QUALITÉ DE LA RESTAURATION ET LA PRISE EN CHARGE DU RISQUE NUTRITIONNEL DANS LES SERVICES DE SOINS

Anne-Sylvie Poisson-Salomon, Carole Szekeley, Younes Benanteur, Marie-Christine Puissant, Paul Tronchon, Anik Lamy et l'ensemble du groupe de travail

RÉSUMÉ

L'objectif de ce travail était de formaliser les principes nécessaires au fonctionnement optimal d'une organisation interprofessionnelle à l'hôpital, en vue de garantir l'adéquation des apports nutritionnels aux besoins spécifiques des patients hospitalisés. L'analyse approfondie des processus a permis de repérer les dysfonctionnements à toutes les étapes, et de formuler des principes (organisation, compétences, environnement, supports, matériels, etc.) nécessaires pour les résoudre et les prévenir. Le premier niveau de dysfonctionnement est l'absence ou la défaillance d'organisation entre les professionnels : définition des responsabilités, organisation spécifique écrite (procédures, etc.), transmissions, protocoles écrits. Il y

a également une faible formation des professionnels, particulièrement des médecins, à toutes ces questions. La première partie du référentiel est donc naturellement orientée dans ce sens, avec une première action qui consiste à "obtenir une organisation efficace entre les professionnels" et la définition de cinq références visant à prévenir les carences en matière d'organisation. Le second niveau de dysfonctionnement est celui de l'imparfaite définition du contenu des pratiques professionnelles et de l'absence de supports spécifiques, par exemple pour le repérage du risque, la prise en charge diététique et nutritionnelle, le suivi de l'efficacité des actions. La deuxième action proposée dans le référentiel est donc "d'assurer la qualité des pratiques professionnelles autour du patient", en six références. Ce référentiel, en harmonie avec les exigences du manuel ANAES, vient donc s'inscrire en complémentarité et constitue un plan d'objectifs professionnels précis à mettre en œuvre dans les hôpitaux, avec l'aide du Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN).

Nutr C1 in Métabol 1999 ; 13 : 145-67
© E1 Sevier, Paris

ACTION N°1 - OBTENIR UNE ORGANISATION EFFICACE ENTRE LES PROFESSIONNELS

RÉFÉRENCES 1-5

1. La prise en charge de l'alimentation et de la nutrition des patients est **organisée** au sein de l'équipe.
2. Les **transmissions** entre l'équipe du service de soins, la cuisine centrale et l'équipe diététique sont organisées.
3. Les actions de restauration des patients font l'objet de **documents accessibles** (réglementations, fiches techniques...) et de formations.
4. La prise en charge nutritionnelle fait l'objet de **protocoles scientifiquement établis et de formations**.
5. Les techniques de nutrition (entérale et parentérale) sont effectuées dans des **conditions de sécurité suffisantes**.

ACTION N°2 - ASSURER LA QUALITÉ DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUTOUR DU PATIENT

RÉFÉRENCES 6-11

6. Le patient fait l'objet d'une **évaluation systématique** de son risque nutritionnel.

7. La commande et la distribution des repas **prennent en compte les besoins** des patients (choix, texture, collations).
8. La **surveillance de la prise du repas** est systématique et l'**aide au repas** adaptée aux besoins.
9. L'état nutritionnel fait l'objet d'un **suivi**.
10. Le patient à risque bénéficie d'une **prescription médicale nutritionnelle systématique et d'un projet d'équipe**.
11. L'information au patient en prise en charge nutritionnelle est donnée par des interlocuteurs précis et il existe une **continuité de la surveillance** entre hôpital et domicile.

DEUX EXPÉRIENCES INTÉRESSANTES

L'EXPÉRIENCE DU CENTRE NÉPHROLOGIQUE D'OCCITANIE À MURET

Mise en place et suivi d'une démarche qualité en hémodialyse

F. Pons, IDE - Centre Hospitalier d'Occitanie - 31 Muret
in *Echanges AFIDTN* N°53 Septembre 1999

Démarche qualité en dialyse

P. Lacroix, Pharmacien - Centre Néphrologique d'Occitanie - 31 Muret
in *Echanges AFIDTN* N°53 Septembre 1999

- 1° étape : Audit externe de l'établissement
- 2° étape : Recensement des procédures et protocoles
- 3° étape : Recensement des thèmes pour lesquels il existe peu ou pas de formalisation des pratiques
- 4° étape : Définition des protocoles à mettre en place
- 5° étape : Création de groupes de travail pluridisciplinaires
- 6° étape : Rédaction des protocoles
- 7° étape : Évaluation de l'application

Exemple : "protocole de branchement d'une fistule artérioveineuse" permet de dégager des points forts à améliorer.

L'EXPÉRIENCE DE L'A.V.O.D.D.

Pour une meilleure qualité de soins et de vie : typologie du patient

M.C. Battesti - IDE - A.V.O.D.D. - 83 Hyères
in *Echanges AFIDTN* N°53 Septembre 1999

Mise en place d'une démarche qualité, puis, Création de divers groupes de travail.

Détermination de thèmes "essentiels" : qualité de l'eau, information-communication, information pré-dialyse, visite chez les patients à domicile, suivi médical, dossier médical.

Exemple du suivi médical : travail pluridisciplinaire (médecin, malade, IDE, secrétaire)

Objectif :

- Apprécier instantanément l'état pathologique, la gravité du patient et la démarche de soins à suivre.
- Évaluer la prise en charge nécessaire.
- Mieux appréhender le pronostic.
- Disposer d'un recueil de données objectif et synthétique à la disposition de tous.

BUREAU DE L'ASSURANCE QUALITÉ DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE - B.A.Q.H.P.

I. PRISE EN CHARGE DU PATIENT

1 - Accueil

- Signalisation
- Accessibilité
- Spécificité de l'accueil
- Permanence
- Prise en charge sociale et psychologique
- Prise en charge des non-francophones
- Réinsertion

2 - Hôtellerie

- Locaux
- Repas et diététique
- Loisirs
- Nettoyage des locaux

3 - Les soins

- Information du patient en début de traitement
- Information du patient dans la pratique quotidienne
- Soins infirmiers
- Soins médicaux
- Urgences
- Adaptation et organisation des locaux
- Lits, fauteuils de soins

II. ADMINISTRATION - GESTION

1 - Systèmes d'information

- Systèmes d'information
- Facturation

2 - Ressources humaines

- Formation du personnel
- Évaluation du personnel

3 - Contrôle de gestion

- 4 - Application de la réglementation
- 5 - Contentieux

III. PLATEAU TECHNIQUE

- 1 - Continuité des servitudes
 - Alimentation en électricité et en eau
- 2 - Matériel lourd
 - Traitement de l'eau
 - Générateur de dialyse
 - Matériel de réanimation
- 3 - Pharmacie
 - Fluides
 - Dispositifs médicaux
 - Médicaments
- 4 - Maintenance
 - Interne
 - Externe
 - Maintenance et entretien des locaux

IV. INTERFACES

- 1 - Service et environnement
- 2 - Relations externes du service

V. GESTION ET QUALITÉ DES RISQUES

- 1 - Prise en compte des besoins du patient
- 2 - Gestion des risques
- 3 - Sécurité incendie
- 4 - Démarche qualité

QUELQUES EXEMPLES DU QUESTIONNAIRE SUR L'ASSURANCE QUALITÉ EN CENTRE DE DIALYSE DU BUREAU DE L'ASSURANCE QUALITÉ DE L'HOSPITALISATION PRIVÉE

- 1.3.3 Il existe une procédure de prise en charge personnalisée du patient lors de sa première séance de dialyse en Centre sur le plan : administratif, médical, paramédical.
- 1.3.4 Le planning des rendez-vous est organisé de façon à assurer au patient qualité de vie et autonomie.
- 1.3.5. Il existe une procédure permettant de mesurer l'attente du patient avant le début de traitement.
- 2.2.2 Une procédure permet à la diététicienne rattachée au service d'avoir un entretien avec le patient au moment de la prise en charge, de manière régulière et systématique, à la demande du patient ou du médecin.
- 2.1.7 Il existe une procédure de traçabilité des contrôles de la qualité de l'eau sur le plan de la physico-chimie, de la bactériologie, des endotoxines.

3.4.2 Il existe des protocoles de traitement concernant la préparation de la machine et du circuit, le branchement et de débranchement, les interventions de routine durant la séance, les interventions en urgence, la décontamination et la désinfection des matériels.

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE DIALYSE RECOMMANDATIONS I

FACTEURS DE RISQUE EN DIALYSE (ÉVALUÉS PÉRIODIQUEMENT)

Age à la prise en charge
 IDM, Angine de Poitrine
 Anomalies ECG
 IVG
 HVG
 Troubles du rythme
 Artérite des MI
 Diabète
 Néoplasie
 Dénutrition
 Insuffisance respiratoire chronique
 Cirrhose hépatique
 Amylose
 Vascularite
 Collagénose
 Hépatite B chronique, Hépatite C chronique
 HIV
 Alcoolisme, tabagisme
 Degré d'autonomie

CONCLUSION

L'impact de l'accréditation dans les centres de dialyse dépasse largement les murs de ces structures.

Elle va concerner : aussi bien la prise en charge médico-paramédicale des patients dans le Centre, et par extension dans le service d'hospitalisation néphrologique

que les autres services de l'établissement, et en particulier, laboratoires, radiologie, urgences, réanimation, le C.L.I.N., le C.H.S.C.T., le service de la formation continue des personnels non médicaux, la C.M.E. (pour la formation continue des médecins et autres), le service biomédical, les services logistiques (lingerie, buanderie, papeterie, service informatique, services techniques, services financiers, diététique, cuisines, traitement des déchets, sécurité incendie), le D.I.M., la matériovigilance, l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la Pharmacie, le service des relations avec les usagers.

RECOMMANDATIONS II

2° séance :	Urée avant dialyse	Urée après dialyse
	PRU = 1 - (urée après/urée avant)	
	KT/V	
	nPCR	
Taux de réduction par séance	créatinine	Phosphates beta2microglobuline
≥ 1/mois	Na avant (N=130-135) Ca avant (N=2,25-2,45) P avant (N=1,2-2) TGO, TGP, gammaGT, bilirubine	Na après (N=138-145) Ca après (N=2,45-3) P après (N=1-1,5) libre et conjuguée
≥ 2/mois	K avant (N=3,5-6) Hco3-avant (N=18-22)	K après (N=3-4,5-) Hco3-après (N=25-30)
2/mois	Cl avant	Cl après
tous les 3 mois	PAL osseuses (cible = N x 2 à 3) Albuminémie par Néphélométrie (cible = 35-40) Préalbumine sérique (cible = 300mg/L)	
tous les 6 mois	PTHi (1-84) (cible = N x 2 à 3) beta2microglobuline avant beta2 après si Haute perméabilité (corrigée par la formule de Bergstrom) Cholestérol à jeun, Triglycérides à jeun ApoA, ApoB, Lpa si dyslipidémie CRP, Fibrinogène, autres	
tous les ans	PSA	