



**COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DU
CENTRE HOSPITALIER
GEORGES CLAUDINON**

**Rue Paul Langevin
42501 LE CHAMBON FEUGEROLLES**

Juin 2002

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION » p.3

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE..... p.6

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION p.8

PARTIE 3

LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p.9

I APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p.9

I.1 Synthèse par référentiel..... p.9

I.2 Synthèse selon les trois orientations stratégiques p.18

II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION p.20

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation..... p.20

II.2 Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi..... p.20

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 l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 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 tous les 5 ans, sauf lorsque des situations obligent qu'elle soit renouvelée plus tôt.

II. 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...).

L'ANAES

L'ANAES est un établissement public administratif de l'État créé en 1996.

Ses missions sont de :

- *faire le bilan des connaissances sur les techniques diagnostiques et thérapeutiques ;*
- *contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins notamment en mettant en œuvre la « procédure d'accréditation » des établissements de santé.*

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.*

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 l'ANAES. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

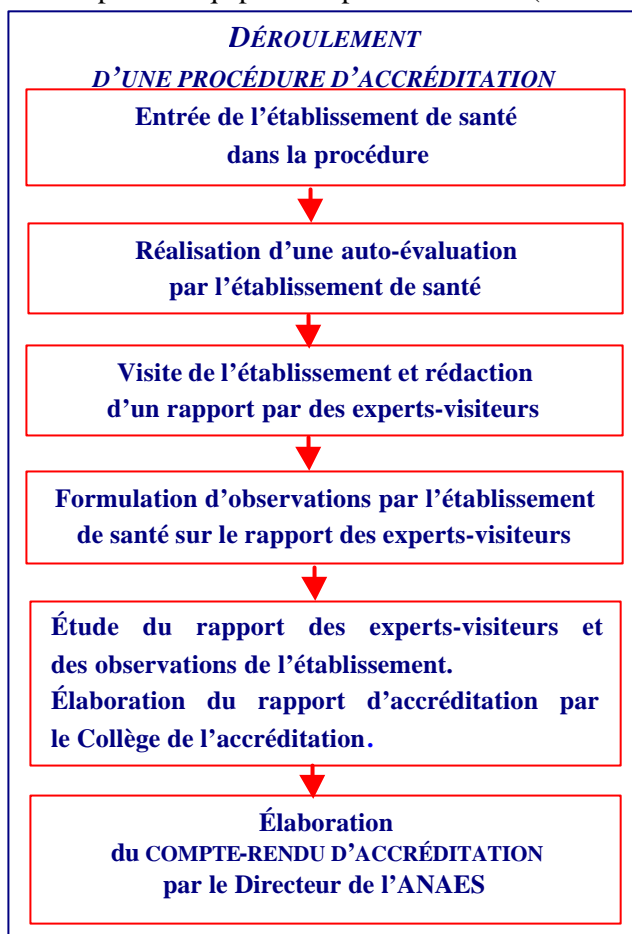
Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel d'accréditation est disponible sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.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, l'ANAES 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 l'ANAES.



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 le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLÈGE DE L'ACCREDITATION
Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 11 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.

Le Collège de l'accréditation 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 directeur de l'ANAES élabore le compte-rendu d'accréditation à partir du rapport d'accréditation du Collège de l'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 du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence d'une part une synthèse selon les 10 référentiels, d'autre part une synthèse selon trois orientations stratégiques définies par le Collège de l'accréditation : **la satisfaction des besoins du patient, la maîtrise des situations à risque et la dynamique de gestion de la qualité.**

Dans ses décisions, le Collège de l'accréditation 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 du Collège de l'accréditation peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRECIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandations	Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée. La prochaine procédure d'accréditation est fixée à une échéance de 5 ans.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure dont l'échéance est fixée à 5 ans.
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 le Collège de l'accréditation.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

* *
*

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 l'ANAES www.anaes.fr

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La présente procédure concerne :

Le centre hospitalier Georges Claudinon, sis rue Paul Langevin – 42501 le Chambon Feugerolles.

Le centre hospitalier Georges Claudinon est un établissement public de santé qui assure des soins de suite et de réadaptation (85 lits installés, 100 lits autorisés) et des soins de longue durée (164 lits). Il accueille également des résidents en maison de retraite non médicalisée (48 lits) et offre 12 lits d'hébergement temporaire.

Seuls les services SSR et SLD sont concernés par la démarche d'accréditation.

Les 85 lits de soins de suite et de réadaptation sont répartis en quatre unités :

- troubles de la marche (29 lits),
- oncologie/fin de vie (17 lits),
- comas (10 lits),
- pathologies gériatriques (29 lits).

Assurant une double mission : soigner et adapter les malades en provenance des établissements de court séjour, soigner et héberger des personnes âgées dépendantes, le centre hospitalier Georges CLAUDINON a développé plusieurs collaborations :

- filière SSR avec le CHU de Saint Etienne, le centre hospitalier se positionnant sur 3 pôles : pathologies du pôle locomoteur, pathologies liées au cancer, comas.
- communauté Loire-sud, avec les centres hospitaliers de Firminy, de Saint Just-Saint Rambert et l'hôpital local de Saint Bonnet-le-Château avec une coopération centrée sur les problèmes gériatriques
- communauté des établissements du secteur 6 dans le cadre d'un plan de coopération interhospitalière.

L'activité constatée au cours de l'année 2000 s'élève à 84 720 journées, réparties comme suit :

- soins de suite (hors comas) : 23 925 (DMS : 34,88 jours),
- soins de suite (comas) : 3 611 (DMS 225,69 jours),
- soins de longue durée : 57 184 (DMS 214,17 jours).

A plus de 90%, les patients accueillis au centre hospitalier Georges Claudinon sont originaires du bassin de vie (Saint Etienne et vallée de l'Ondaine).

Plateau technique :

Radiologie : l'établissement dispose d'une table de radiographie mais n'a pas de personnel propre dédié à cette activité. Le service de radiographie fonctionne grâce à une convention de partenariat avec le centre hospitalier général de Firminy. Un

manipulateur intervient dans l'établissement deux demi-journées par semaine. Les radiographies sont interprétées par les radiologues du CHG.

Analyses médicales et biologiques : elles sont transmises au laboratoire du CHG de Firminy (convention).

Pharmacie à usage intérieur : 1 pharmacien est présent 6 demi-journées par semaine, 1 préparateur en pharmacie, une apprentie.

Services logistiques :

- cuisine centrale, liaison froide ;
- blanchisserie : elle traite la totalité du linge plat, les vêtements et tenues de travail du personnel ; elle assure aussi le traitement du linge des résidents des services de long séjour ;
- service d'entretien/hygiène des locaux..

Services techniques :

- accueil, gardiennage, sécurité : une part d'activité de gardiennage est sous-traitée la nuit ;
- atelier : chargé de la maintenance des bâtiments, du matériel technique et de l'entretien des espaces verts.

Les activités de transport et d'élimination des déchets sont sous-traitées à des entreprises extérieures.

Transformations récentes ou projetées :

- développement des soins de suite et réadaptation, par transformation de lits de maison de retraite ;
- 11 lits SSR dédiés aux malades cérébro-lésés (comas) ; + 5 en 2002 ; + 6 en 2003 ;
- 4 lits supplémentaires en cancérologie/soins de fin de vie (2002).

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 17 juillet 2000.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 17 au 20 décembre 2001 par une équipe multiprofessionnelle de 4 experts-visiteurs mandatée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

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

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués pour délibération au Collège de l'accréditation en juin 2002.

Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'autoévaluation 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,**

le Collège de l'accréditation décide que le centre hospitalier Georges Claudinon, sis rue Paul Langevin – 42501 Le Chambon Feugerolles, a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Les appréciations du Collège de l'accréditation sont présentées selon les référentiels et les trois orientations arrêtées par ledit collège.

I APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I.1 Synthèse par référentiel

I.1.1 Droits et information du patient

La charte du patient est inscrite dans le projet d'établissement. Les droits et l'information du patient sont une priorité de l'établissement.

L'accès aux soins est garanti à toutes les personnes sans distinction.

La signalisation interne est satisfaisante et permet aux visiteurs et aux malades de se repérer facilement dans l'établissement. Des actions sont en cours pour améliorer la signalisation externe. L'accès des personnes handicapées est assurée.

L'information sur le séjour est claire, les personnels assurent donner aux patients une information adaptée et compréhensible.

Une association qui représente les familles des patients hospitalisés en Soins de Longue Durée estime que le dialogue avec le médecin est formel et peu approfondi.

Le consentement du patient et/ ou de son entourage est requis mais la réflexion bénéfiques/risques est seulement orale. Le respect de l'intimité et de la dignité du patient est préservé durant le séjour. Il existe un projet de création de chambres à un lit pour les unités de patients en fin de vie.

Le respect de la confidentialité des informations liées au patient est dans l'ensemble garanti.

La gestion des plaintes et des réclamations est réalisée selon un mode traditionnel. La traçabilité de la réponse existe mais l'exploitation des données n'est pas réalisée. La composition de la commission de conciliation a été arrêtée au deuxième semestre 1999. Toutefois cette commission n'est pas fonctionnelle.

En ce qui concerne l'évaluation du respect des droits des patients, l'établissement est engagé dans une réflexion collective qui s'inscrit dans une dynamique de progrès mais les actions restent à développer.

Les améliorations doivent porter sur :

- la poursuite de la sensibilisation des personnels non soignants aux principes de la charte ;
- l'engagement de réunir la commission de conciliation ;
- l'engagement d'actions d'amélioration de la traçabilité du consentement sur les actes à risques repérés dans l'établissement.

I.1.2 Dossier du patient

L'établissement met en place une politique concertée du dossier patient. Tous les éléments de ce dossier sont exploitables par les différentes catégories socio-professionnelles. La Direction des Services de Soins Infirmiers joue un rôle important auprès des soignants dans la mise en œuvre de la politique du dossier patient.

La confidentialité du dossier patient est encore perfectible. Des projets dans ce sens sont à l'étude. La gestion des données contenues dans le dossier est fiable. Des dysfonctionnements existent dans la procédure des prescriptions médicales (signature, dates...).

Le contenu des différents éléments constitutifs du dossier patient permet une coordination de la prise en charge. L'implication des soignants est forte. Le repérage des éventuels actes à risques nécessitant de la réflexion bénéfiques/risques n'est pas systématiquement effectué.

Le compte rendu des sorties est adressé dans les 24h au médecin traitant.

L'accessibilité au dossier patient est aisée pour les soignants mais il n'est pas protocolisé.

L'archivage est protégé et repérable.

L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité du dossier sont ciblées comme prioritaire par la direction des services de soins infirmiers

Les améliorations doivent porter sur :

- la poursuite des actions d'améliorations de la protection de la confidentialité des dossiers ;
- la poursuite des actions d'amélioration de la tenue et de l'évaluation du dossier patient ;
- la mise en place de protocoles concernant le droit d'accès et de consultation du dossier patient ;
- l'engagement des actions d'amélioration de la traçabilité de la réflexion bénéfiques/risques pour les actes repérés dans l'établissement.

I.1.3 Organisation de la prise en charge des patients

Les professionnels sont associés à l'élaboration du projet de soins et du projet médical.

L'accès à l'établissement et aux secteurs d'activité a fait l'objet de campagnes de presse. L'établissement estime cependant que les nouvelles activités restent mal connues des professionnels libéraux.

L'établissement a mis en œuvre une politique d'accueil du patient ou du résident et son entourage.

Les consignes anti tabac sont respectées dans les services .

Les besoins du patient ou du résidant sont évalués et pris en compte par une équipe pluridisciplinaire.

La réflexion bénéfiques/risques existe pour les examens complémentaires et les soins. Elle est déléguée aux services extérieurs spécialisés qui pratiquent les actes invasifs.

Les besoins spécifiques du patient et/ou du résidant sont identifiés. Le personnel a suivi une formation sur la prise en charge de la douleur mais il n'existe pas de procédure écrite de cette prise en charge spécifique. Cependant, la création d'un CLUD est prévu. La coordination de la prise en charge du patient est organisée. Des outils sont en place. Des conventions sont signées avec d'autres établissements. Le CLIN est inter service. La coordination entre les services de soins et les services logistiques est organisée. Une réflexion est en cours pour l'organisation des rendez-vous en salle de rééducation et de radiologie.

La continuité des soins est assurée. Les astreintes médicales et administratives sont assurées 7 jours/7 et le tableau est validé par la CME. La présence infirmière est assurée 24h/24. Les urgences vitales peuvent être assurées à tout moment.

Un groupe de travail est mobilisé sur le circuit du médicament pour l'améliorer dans ses différentes étapes.

Les antibiogrammes font l'objet d'une analyse systématique. La coordination des laboratoires et des secteurs d'activité repose sur des règles de fonctionnement déterminées en commun. Un manipulateur radio assure 2 vacations /semaine et les clichés sont interprétés par un médecin radiologue.

La sortie du patient est programmée avec lui, sa famille, en coordination avec l'équipe pluridisciplinaire et le médecin traitant si l'état du patient le requiert.

Des visites à domicile sont prévues lorsqu'il s'agit d'un retour à domicile aménagé. Une procédure décrit les démarches à suivre en cas de décès. Un soutien est apporté au patient en fin de vie et à sa famille par l'équipe pluridisciplinaire et des bénévoles.

Un local est prévu pour le culte et pour l'accueil des familles.

Les recommandations ANAES sont suivies lors de l'élaboration des protocoles. Un classeur de protocoles est à la disposition du personnel dans tous les services.

Les améliorations doivent porter sur :

- la mise en place d'un comité de lutte contre la douleur ;
- la poursuite des actions d'amélioration de la qualité du service rendu en radiologie (matériel, temps de vacation) ;
- la mise en place d'une politique d'évaluation des protocoles et des pratiques professionnelles ;
- la poursuite de l'amélioration du circuit du médicament dans ses différentes étapes (poursuite de la dynamique d'amélioration constatée entre l'auto-évaluation et la visite).

I.1.4 Management de l'établissement et des secteurs d'activité

Le projet d'établissement pour 2001-2005 couvre l'ensemble des secteurs de soins. Il a été élaboré avec la participation des professionnels.

Ses objectifs principaux sont : une augmentation de la capacité (+ 16 lits de Soins de Suite et de Réadaptation) et une médicalisation accrue.

L'organigramme fonctionnel de la direction figure dans le livret d'accueil des personnels. Le rôle et la place des différentes instances et du Conseil d'Administration

sont définis et rappelés dans différents documents. Les instances exercent pleinement leur rôle sur les questions relevant de leurs compétences.

La communication interne et externe est bien en place ;

Le projet d'établissement 2001-2005 dans son plan directeur prévoit les investissements sur les 5 ans à venir.

La politique définie dans le rapport d'orientation budgétaire et le projet du budget sont soumis pour avis aux instances représentatives du personnel.

Des outils de pilotage en place permettent la gestion des stocks, le mouvement des patients et la gestion prévisionnelle du personnel.

Le projet médical définit les objectifs de chaque secteur d'activité clinique.

Les objectifs des secteurs logistiques sont connus des professionnels bien que le suivi ne soit pas formalisé.

Les données PMSI ne sont pas utilisées de manière optimale du fait du manque de formation initiale du responsable.

Des rencontres périodiques entre les professionnels des différents secteurs sont organisées sur des thèmes transversaux.

Le service de soins infirmiers assure la prise en charge continue du patient. Les contraintes médicales et administratives sont organisées. L'organisation des secteurs d'activité est formalisée dans un organigramme détaillé dans le livret d'accueil du personnel.

Les domaines de compétences et de responsabilité sont clairement définis pour l'encadrement soignant, mais ne sont pas formalisés pour les responsables administratifs et des services généraux.

La répartition du budget prévisionnel par service n'est pas complètement formalisée mais les responsables de secteurs sont informés approximativement des moyens financiers à leur disposition.

Chaque année un rapport annuel d'activités et de gestion est élaboré, présenté aux instances et transmis aux tutelles.

Les améliorations doivent porter sur :

- la poursuite de la politique de communication ;
- la poursuite régulière de la politique d'analyse financière ;
- l'évaluation du suivi et de l'analyse de la réalisation des objectifs fixés dans le rapport d'activité prévisionnelle ;
- la poursuite de la formalisation de l'utilisation du PMSI comme outils d'évaluation de l'activité.

I.1.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social est défini et mis en place progressivement.

L'amélioration des conditions de travail a fait l'objet de 2 contrats : un avec l'ARH et l'autre avec la Fondation de France.

La procédure d'accueil des personnels est formalisée, validée et étendue à tous les secteurs d'activité.

Le dialogue social fait partie de la culture de l'établissement. Il n'existe cependant pas de règlement intérieur pour toutes les instances.

La commission médicale exerce pleinement ses compétences en ce qui concerne la gestion des ressources humaines en personnels médicaux.

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas actuellement le mode de gestion opérationnel dans l'établissement. Un travail de rédaction et de validation des fiches de postes est en cours pour les métiers non soignants. Ce travail n'est pas finalisé. Le recrutement tient compte des fiches de postes lorsqu'elles existent. Des procédures d'accueil des personnels sont en place.

L'évaluation du personnel est mis en œuvre. Des critères d'évaluation des compétences sont établis pour le personnel soignant.

La formation continue du personnel permet l'amélioration des compétences. Tous les personnels ne sont pas encore formés à la sécurité incendie.

Le dossier du personnel est géré dans de bonnes conditions de confidentialité. L'amélioration des conditions de travail des personnes s'inscrit dans le projet d'établissement. L'établissement porte une grande attention à la gestion des ressources humaines.

I.1.6 Gestion des fonctions logistiques

L'approvisionnement est adapté aux besoins de l'établissement. Une commission pluridisciplinaire associe les représentants des personnes utilisateurs aux choix des produits. A l'exception de la pharmacie, il n'existe pas de procédure d'approvisionnement en urgence.

La sécurité et la maintenance est assurée. Les recommandations éventuelles émises par les organismes de contrôle sont levées rapidement. Un cahier de maintenance préventive existe mais l'équipe technique a de la peine à suivre le plan de maintenance préventive.

La méthode HACCP est en place en cuisine depuis 1996.

Des protocoles et des procédures existent mais leur mise en forme selon les normes définies par la procédure des procédures reste à réaliser.

La cuisine centrale a fait l'objet d'un agrément par les services vétérinaires. Tout le personnel chargé de la distribution n'a pas été formé à la démarche qualité. Les personnes non formées bénéficient des recommandations fournies par le responsable de la cuisine et des conseils ponctuels de la diététicienne.

L'établissement a constaté le manque de protocoles aux différentes étapes du circuit du linge. La séparation du linge propre et du linge sale pendant le ramassage et la distribution n'est pas en place dans le bâtiment central pour des raisons architecturales. L'achat de chariots de ramassage mieux adaptés est programmé pour 2002.

Un même agent traitant alternativement le propre et le sale, des retours se produisent du secteur propre vers le secteur sale.

Tous les personnels travaillant en blanchisserie ne sont pas formés aux techniques de traitement du linge, mais ils bénéficient des recommandations sur les conduites à tenir. Un contrôle visuel du linge est assuré quotidiennement.

En ce qui concerne le nettoyage des locaux et des équipements un protocole de nettoyage vient d'être finalisé et soumis pour validation au CLIN.

La mise en place de protocoles et la diffusion des fiches techniques s'accompagnent d'une formation du personnel concerné.

Pour les transports, l'établissement recourt à un prestataire extérieur.

En ce qui concerne l'élimination des déchets, le tri est en place sur les lieux de production.

Le personnel soignant assure le transport du lieu de production vers le lieu de stockage.

Le stockage intermédiaire est effectué dans un contenant peu sécurisé.

La sécurité des biens et des personnes est assurée.

Une procédure existe pour le dépôt des biens à la trésorerie principale ou dans le coffre de l'établissement.

Des dispositions adaptées sont prises pour éviter les fugues des patients désorientés.

Un dispositif de surveillance du site est en place de jour et de nuit.

Les conduites à tenir par le personnel sont connues, mais les protocoles d'alerte restent à finaliser et à valider. La sécurité des personnes contre l'incendie est en place.

La commission de sécurité a émis un avis favorable à la poursuite de l'activité.

Le livret des protocoles sécurité de l'administrateur de garde détaille la conduite à tenir en ce qui concerne la sécurité incendie

L'ensemble du personnel n'est pas encore formé à la sécurité incendie. Les locaux fumeurs et non fumeurs sont repérés par des pictogrammes.

Il n'y a pas d'actions d'évaluation actuellement sur les thèmes de ces référentiels.

Les améliorations doivent porter sur :

- la poursuite de la formalisation et la validation des protocoles d'alerte ;
- la poursuite des actions de formation à la sécurité incendie et leur extension à l'ensemble du personnel ;
- l'évaluation de la connaissance par le personnel des consignes de sécurité.

1.1.7 Gestion du système d'information

Le schéma directeur du système d'information a conduit en 1995 à l'informatisation de l'ensemble des données administratives.

Il existe un projet d'informatisation du dossier patient et le développement de l'équipement informatique.

Le personnel est sensibilisé à la confidentialité mais la politique de protection de la confidentialité des informations du patient ne fait l'objet d'aucune formalisation.

Les traitements informatisés nominatifs ne sont pas déclarés à la CNIL.

Le secteur d'activité chargé de l'information médicale est composé d'un médecin responsable bien identifié et d'une secrétaire assurant la saisie informatique des données PMSI. Il n'existe pas de règlement intérieur formalisant les missions de ce secteur.

Actuellement, il n'y a pas de procédure régulière visant à recueillir des informations sur les besoins, l'avis et la satisfaction des professionnels utilisateurs en ce qui concerne le système d'information existant.

Les améliorations doivent porter sur :

- la poursuite du recensement des besoins des utilisateurs et de l'actualisation du plan directeur du système d'information ;
- la mise en place de protocoles de gestion des droits d'accès avec implication du responsable de l'information médicale (PMSI) ;
- la mise en place d'un DIM et l'élaboration d'un règlement intérieur.

1.1.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité fait partie des orientations stratégiques de l'établissement. La démarche qualité a été initiée en 1999 par un cabinet conseil.

Elle a été élaborée en concertation avec la Commission Médicale d'Etablissement, la Direction du Service de Soins Infirmiers, le Comité Technique d'Etablissement et les professionnels. Le comité de pilotage en place depuis 1999 supervise la démarche et l'état d'avancement du programme.

Un correspondant assurance qualité a été recruté. L'encadrement participe activement à cette démarche et joue un rôle important dans l'application des protocoles et des recommandations.

Les besoins et la satisfaction des patients sont pris en compte. Les résultats de l'enquête de satisfaction et du questionnaire de sortie concernant les besoins et la satisfaction des patients et des résidents sont communiqués au comité de pilotage et aux responsables des unités qui les transmettent aux professionnels.

Toute plainte ou réclamation est aussitôt traitée par le personnel d'encadrement concerné ou par le directeur.

La gestion de la documentation est placée sous la responsabilité du correspondant d'assurance qualité. Une forme « qualité » a été définie. Une procédure des procédures est élaborée et validée par le comité de pilotage. Les protocoles sont classés dans un classeur disponible dans chaque unité. Le système de signalement des événements indésirables n'est pas en place. L'établissement n'a pas encore mis en place d'actions d'évaluation.

Les améliorations doivent porter sur :

- la mise en place d'un programme de prévention des risques et son évaluation ;
- l'évaluation de la satisfaction des correspondants médicaux ;
- la mise en place et l'exploitation d'une fiche de recueil des événements indésirables ;
- la mise en place d'un programme de prévention des risques infectieux.

1.1.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'hémovigilance est assurée.

La pharmacovigilance se met progressivement en place.

Le comité du médicament est en place depuis juillet 2001.

La politique de matériovigilance reste à définir.

La formation à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance est assurée.

Actuellement, aucune formation aux autres vigilances n'est assurée.

En ce qui concerne la sécurité transfusionnelle, il existe une procédure écrite et validée. Un classeur d'hémovigilance est disponible dans chaque unité de soins. Le dossier transfusionnel est complet. Il est présent dans le dossier patient.

Les améliorations doivent porter sur :

- la mise en place de la matériovigilance ;
- la mise en place de l'information et de la formation des professionnels sur les vigilances sanitaires autres que l'hémovigilance.

1.1.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de maîtrise du risque infectieux se traduit par des actions ponctuelles programmées et en cours de réalisation. Le CLIN inscrit comme priorité cette année la mise en place de protocoles de prévention du risque infectieux notamment pour le nettoyage et la désinfection des dispositifs médicaux.

Le CLIN est en cours de restructuration. Une équipe opérationnelle d'hygiène a été créée et les référents hygiène ont été nommés parmi les infirmiers et les aides-soignants.

Les rôles et les missions restent à définir. Tout le personnel ne bénéficie pas de formation en hygiène à son arrivée. Des référents hygiène sont désignés pour accueillir le nouveau personnel et l'informer de l'organisation de l'hygiène dans l'établissement.

Le plan de formation actuel n'intègre pas l'hygiène dans ses priorités.

Le programme de lutte contre les infections n'est pas en place. Le recensement des informations nécessaires à la mise en place de ce programme n'est pas effectué. Le CLIN n'est pas systématiquement consulté pour les projets d'aménagement des locaux.

La stratégie de surveillance du programme de lutte contre le risque infectieux n'est pas mise en œuvre.

Aucun dispositif d'alerte permettant la maîtrise d'un phénomène épidémique n'est actuellement en place.

Des protocoles visant à maîtriser le risque infectieux sont élaborés sous formes de fascicules thématiques. La procédure de lavage des mains est complète et validée.

Aucune recommandation n'est émise quant à la prescription des antibiotiques.

En ce qui concerne la prévention et la prise en charge des risques infectieux des personnels, des actions sont menées en collaboration entre la médecine du travail et la Commission du Service de Soins Infirmiers pour prévenir les accidents avec exposition au sang et aux liquides biologiques.

Dans le cadre de la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement il n'existe pas de procédure écrite pour l'entretien de l'ensemble locaux en fonction des niveaux de risques.

Le gestion des déchets d'activités des soins issus des secteurs cliniques et médico-techniques est en partie assurée mais le circuit n'est pas formalisé et précisément défini.

Il n'existe pas actuellement d'évaluation générale des actions engagées de lutte contre le risque infectieux sur des indicateurs de bonnes pratiques.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'engagement à associer tous les professionnels (en particulier non-soignants) à la maîtrise du risque infectieux ;
- la poursuite de l'amélioration du fonctionnement et de la communication du CLIN ;
- la mise en place et l'évaluation de procédures de nettoyage du matériel ;
- la mise en place d'une stratégie d'utilisation des antibiotiques par le comité du médicament ;
- la mise en place de la formalisation des procédures pour la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement.

I.2 Synthèse selon les trois orientations stratégiques

I.2.1 Satisfaction des besoins du patient

L'établissement démontre une très bonne connaissance et un respect global des droits du patient par l'ensemble du personnel

Il existe une politique concertée du dossier patient. Tous les éléments du dossier sont exploitables. Cependant la politique du dossier unique n'est pas partagé unanimement par les praticiens. La réglementation en matière de prescriptions médicales n'est pas appliquée par tous.

La réflexion bénéfiques risques n'est pas formalisée.

L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité du dossier sont ciblées comme prioritaires par la DSSI. Une politique de transmission rapide du compte-rendu de sortie au médecin traitant (24h) est fortement affirmée.

La politique d'accueil en réseau avec les établissements extérieurs est en place. La coordination des soins est assurée et les besoins des patients sont identifiés et pris en compte.

Le projet de sortie est cohérent et établi en concertation avec tous les partenaires concernés.

L'évaluation des pratiques professionnelles et les protocoles restent à mettre en place.

Le projet d'établissement a été élaboré avec les professionnels.

Les réunions régulières des groupes de travail et du comité de pilotage permettent de s'assurer de l'amélioration continue de la qualité de l'ensembles des activités.

La formalisation de l'utilisation du PMSI comme outil d'évaluation de l'activité est à mettre en place.

Le gestion des ressources humaine se fait dans de bonnes conditions de confidentialité et l'amélioration des conditions de travail s'inscrit dans le projet d'établissement. Le dialogue social est de bonne qualité.

I.2.2 Maîtrises des situations à risque

La situation de l'établissement au regard du dispositif sécuritaire est conforme aux normes actuelles. La sécurité des biens et des personnes est assurée. Un dispositif de surveillance du site de jour et de nuit est en place.

La méthode HACCP est validée en cuisine.

Le circuit du linge n'est pas sécurisé ; les circuits propres et sales ne sont pas différenciés et des retours incessants entre les deux secteurs ont lieu.

Le transport des déchets vers le lieu de stockage est assuré par le personnel soignant. Le conteneur de stockage intermédiaire est peu sécurisé.

La politique d'amélioration continue de système d'information n'est pas en place. La déclaration à la CNIL des logiciels de gestion nominative reste à mettre en place.

La politique qualité est définie en concertation avec la CME, la DSSI, le CTE et les professionnels.

La gestion documentaire est en place.

Les vigilances sanitaires hormis l'hémovigilance sont à mettre en place.

En matière de maîtrise du risque infectieux, une équipe opérationnelle d'hygiène est en place ainsi que des référents hygiène, mais tout le personnel ne bénéficie pas de formation en hygiène.

Le plan actuel de formation n'intègre pas l'hygiène dans ses priorités ; mais la stratégie de surveillance ciblée sur les secteurs d'activité à risques n'est pas systématiquement formalisée.

Il n'existe pas actuellement d'évaluation générale des actions engagées concernant la lutte contre le risque infectieux sur des indicateurs de bonne pratique.

Un effort devra être fait en blanchisserie pour limiter le risque infectieux.

I.2.3 Dynamique de la qualité

La politique qualité est un axe important dans la vie de l'établissement.

Une démarche qualité est en place depuis 1995.

Un correspondant qualité et des référents hygiène sont en place.

Le CLIN devrait faire l'objet d'un soutien «politique » dans l'établissement ainsi que de moyens humains pour développer ses actions.

Une procédure des procédures est formalisée.

L'engagement des médecins dans la politique qualité devrait se poursuivre.

II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation

- S'assurer que les règles de prescriptions médicales sont respectées ;
- Réorganiser le circuit du linge en blanchisserie et dans les services de soins ;
- Déclarer à la CNIL les logiciels de gestions des données nominatives ;
- Mettre en œuvre et renforcer les programmes de prévention des risques, de maîtrise du risque infectieux et des vigilances sanitaires.

II.2 Echéance de la prochaine procédure et 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, le Collège de l'accréditation décide que l'établissement est satisfait à la procédure d'accréditation.

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, le Collège de l'accréditation décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

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

La prochaine procédure d'accréditation aura lieu à l'échéance d'un délai de 5 ans.