



**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION
DU
CENTRE HOSPITALIER CAMILLE-GUÉRIN**

**Rue du Docteur Luc Montagnier
Rocade est
BP 669
86106 CHÂTELLERAULT CEDEX**

Novembre 2004



SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION.....	p.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.11
II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....	p.15
II.2 Modalités de suivi	p.15



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.

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.***

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

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

La procédure d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

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



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...).

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.

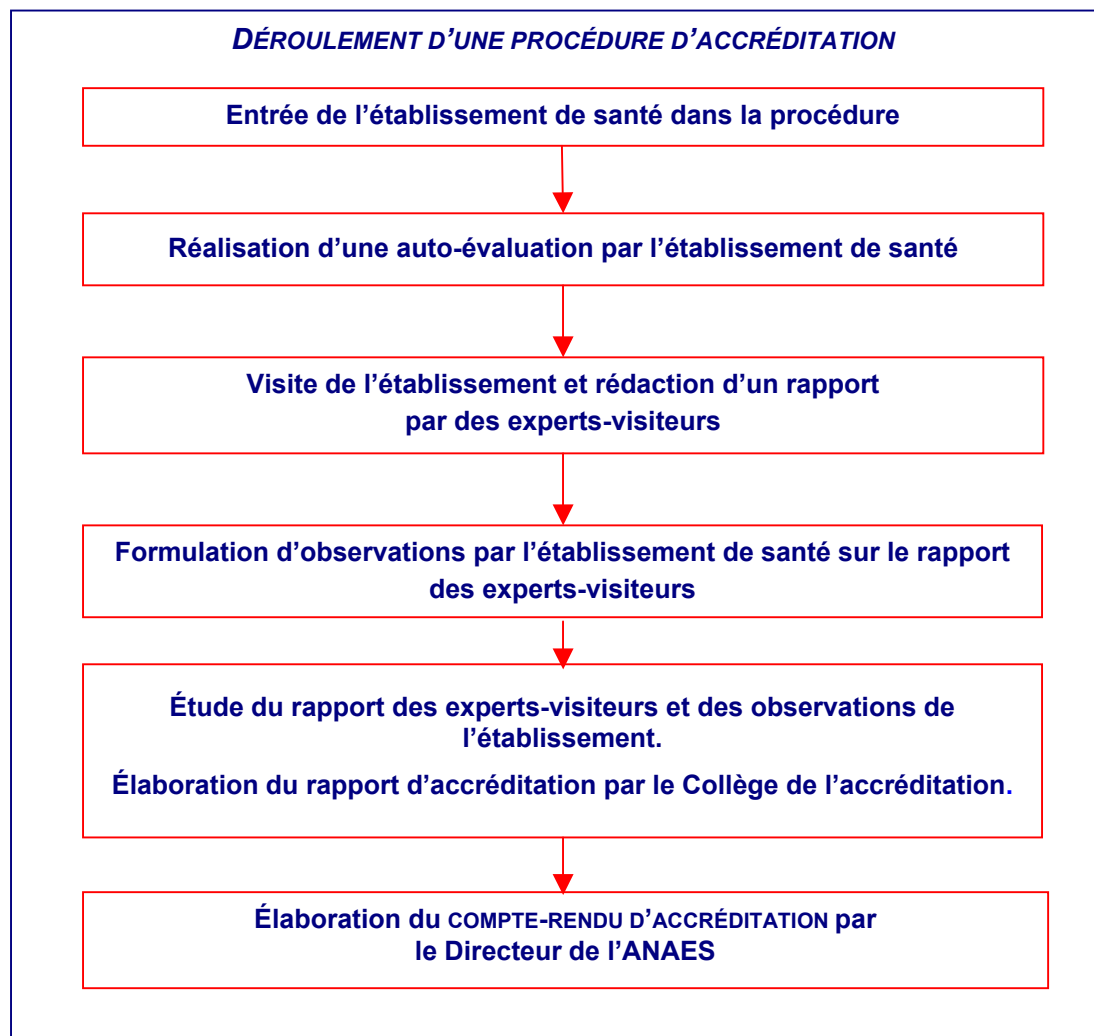
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 15 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 une synthèse selon les 10 référentiels.

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 :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	Le Collège de l'accréditation 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 le Collège de l'accréditation 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 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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

La présente procédure d'accréditation concerne :

Nom de l'établissement	CH Camille-Guérin	
Situation géographique	Ville : Châtelleraut Département : Vienne	Région : Poitou-Charentes
Statut (<i>privé-public</i>)	Établissement public de santé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, Hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Centre hospitalier	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	MCO : 142 lits 15 places SSR : 55 lits Unité de soins de longue durée : 200	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	2 (dont maison de retraite)	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Polyvalentes	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Polyvalentes (urgences, gynécologie-obstétrique, chirurgie, gériatrie). Le contrat d'objectifs et de moyens prévoit la réorganisation de la filière gérontologie, le développement de la prise en charge de l'oncologie et de l'ambulatoire	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Périnatalité réseau Poitou-Charentes Oncologie Neurochirurgie avec CHU Poitiers Informatique, médecine du travail avec le CH Loudun	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Régionale : 85 % origine Vienne (39 % Châtelleraut) 11,5 % origine Indre-et-Loire 2 % origine Indre	



Transformations récentes

réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu

Le centre hospitalier Camille-Guérin de Châtelleraut est un établissement récent (28 mars 2001), situé en périphérie de la ville, quittant le centre-ville, où il était installé depuis 1847.



PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

- Le Centre hospitalier Camille-Guérin, rue du docteur Luc Montagnier, rocade est, BP 669, 86106 Châtelleraut cedex.

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 25 mars 2003.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 14 au 18 juin 2004 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 Novembre 2004.

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,**

le Collège de l'accréditation décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.



PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

Le projet d'établissement 1999-2004 intègre les principes de la charte du patient.

L'accès aux soins pour tous est assuré. Une permanence d'accès aux soins est organisée pour les démunis.

Le livret d'accueil est la base de l'information donnée au patient sur les conditions de son séjour, ainsi que ses droits. Au niveau des services des fiches spécifiques sont données par le personnel. L'affichage de la charte du patient est dans toutes les chambres, dans les couloirs des consultations.

Le patient est informé de son état de santé et des soins qui lui sont donnés. La traçabilité de ces informations n'est pas systématique dans le dossier. Les professionnels recueillent le consentement éclairé du patient. La traçabilité de la réflexion bénéfico-risque n'est pas systématique.

Le respect de la dignité et de l'intimité est assuré pendant tout le séjour.

Le personnel a été formé au respect de la confidentialité. La réflexion en cours pour améliorer la non-divulgaration de la présence d'un patient dans un service. Le dispositif de gestion des plaintes est à organiser.

Une réflexion doit être entreprise sur les outils à mettre en place pour l'évaluation des droits du patient.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier unique est définie, mais les modalités pratiques sont en cours de réalisation.

Les règles de confidentialité sont connues. Toutes les catégories de personnel reçoivent une formation sur le secret professionnel. Le patient est informé de l'informatisation de son dossier dans le livret d'accueil.

Les prescriptions médicales ne sont pas systématiquement rédigées, et signées.

La réflexion bénéfico-risque de la stratégie diagnostique et thérapeutique n'est pas tracée de façon écrite dans le dossier.

Le droit d'accès du patient à son dossier est assuré et les modalités sont connues du personnel.

Le dossier est classé et identifié par un numéro permanent. L'archivage est assuré sur deux sites. La procédure pour l'accès aux dossiers est fonctionnelle.

L'informatisation permet en urgence d'avoir accès au résumé et aux courriers du dossier médical.

La formalisation de l'évaluation du dossier est en cours.



I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le projet d'établissement précise les grands axes de l'organisation de la prise en charge des patients. Ce projet a été élaboré après concertation avec les professionnels et s'appuie sur les projets médicaux, de soins et des services économiques et logistiques.

L'établissement assure l'accès aux soins à tous 24 heures/24. Des actions sont réalisées pour informer le patient sur le déroulement de son séjour et sur ses droits. Les besoins des patients sont pris en compte et identifiés par les différents membres du personnel dans le dossier du patient. La traçabilité de ces informations n'est pas systématiquement retrouvée dans le dossier. La prise en charge de la douleur avec l'unité mobile des soins palliatifs, l'accompagnement des patients en fin de vie et leur entourage assurent une prise en charge optimale du patient. Des mécanismes de coordination au sein des secteurs d'activité existent. La continuité des soins est assurée. Les secteurs medicotechniques intra- et extrahospitaliers et les secteurs de soins ont déterminé ensemble leurs règles de fonctionnement. Les utilisateurs médicaux et paramédicaux des services de soins travaillent en étroite collaboration avec la pharmacie, le laboratoire et l'imagerie médicale.

De nombreuses procédures de prise en charge médicale et paramédicale respectent les bonnes pratiques favorisant l'actualisation des connaissances et des compétences des personnels. L'évaluation de ces protocoles n'est pas généralisée.

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

Le centre hospitalier Camille-Guérin est engagé dans une démarche majeure avec l'implantation en 2001 de ses secteurs d'activité dans un nouvel ensemble hospitalier. La politique définie dans le Projet d'établissement et le Contrat d'objectifs et de moyens a été définie et approuvée autour de cet objectif central. La communication notamment interne est particulièrement bien construite.

L'implication des professionnels est importante tant dans les projets professionnels que dans la démarche qualité notamment pour les personnels non médicaux.

Il reste à améliorer le management des secteurs d'activité par une plus grande association des acteurs à la politique financière à partir de la mise en place de la comptabilité analytique et à évaluer la réalisation des objectifs de l'établissement.

I.5 Gestion des ressources humaines

La politique sociale est définie par un projet social intégré au projet d'établissement approuvé.

La dynamique qualité dans la gestion des ressources humaines est réelle et se concrétise par un dialogue social organisé et reconnu.

Les actions principales mises en œuvre concernent la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences qui est prise en compte dans le pilotage des ressources humaines ; le recrutement et l'accueil des nouveaux professionnels et apprenants qui est coordonné ; la formation professionnelle des personnels non médicaux et l'évaluation des compétences qui est en cours de structuration.



Il appartient à l'établissement d'aboutir ses actions par la mise en place d'un plan de formation continue pour les personnels médicaux ; d'évaluer les risques professionnels et de développer les processus d'évaluation de la qualité de gestion des ressources humaines.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les fonctions logistiques sont structurées et répondent aux besoins des utilisateurs. Le circuit des déchets doit faire l'objet d'amélioration. L'établissement a engagé les actions correctrices. L'engagement des acteurs et la dynamique qualité sont forts dans les secteurs de blanchisserie et de cuisine. Des actions d'évaluation sont initiées. Il lui reste à l'établissement à élargir et systématiser l'évaluation de ces prestations logistiques en relation avec les services utilisateurs.

I.7 Gestion du système d'information

Le centre hospitalier Camille-Guérin a mené à bien les objectifs définis dans le schéma directeur des systèmes d'information 1997-2002. La dynamique des professionnels pour ce secteur d'activité s'est renforcée fortement dans le cadre de la mise en œuvre de ce 1^{er} schéma qui a vu le parc d'équipement informatique quintupler durant cette période. L'établissement doit aujourd'hui élaborer un schéma de 2^e génération et s'y prépare afin de mieux coordonner cet ensemble d'applications. Il reste également à l'établissement à associer davantage le corps médical à l'information médicale en rendant opérationnel le collège du Département d'information médicale et à généraliser les déclarations à la Commission nationale informatique et libertés des logiciels comportant des données nominatives.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité est présente et reconnue au niveau de l'établissement. Elle est structurée pour l'essentiel autour des services de soins, des services logistiques et du plateau technique. L'engagement des acteurs est fort, autour d'un comité qualité et d'une cellule qualité opérationnelle. L'implication des acteurs médicaux n'est pas encore homogène. Le recueil de la satisfaction des usagers, des patients et des professionnels est à poursuivre. Les résultats des enquêtes réalisées font l'objet d'une large diffusion. Une dynamique existe autour du service qualité (gestion documentaire, aide méthodologique). La prévention des risques est prise en compte, mais non encore formalisée en tant que politique définie. La culture de l'évaluation est ancrée dans l'établissement, elle doit être poursuivie et étendue à l'ensemble des secteurs de soins.



I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique de vigilance sanitaire est structurée. Cinq vigilances sont opérationnelles sur le site. Une véritable dynamique est engagée autour des vigilances sanitaires.

Les professionnels sont formés et informés sur les vigilances, les alertes et les conduites à tenir.

Une politique de maîtrise de l'utilisation des produits sanguins labiles est mise en place. La traçabilité est effective.

Des actions d'évaluation sont en place. La coordination des actions d'évaluation doit se structurer.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La politique de lutte contre les infections nosocomiales et de prévention du risque infectieux est inscrite dans le projet d'établissement. Sa mise en œuvre est coordonnée par le comité de lutte contre les infections nosocomiales créé en 1989. La présidente du Comité de lutte contre les infections nosocomiales, l'infirmière hygiéniste et le praticien en hygiène hospitalière animent un réseau interne de référents en hygiène. Une réelle dynamique est constatée chez les professionnels de santé dans la maîtrise du risque infectieux. Le programme du Comité de lutte contre les infections nosocomiales comporte des actions de prévention, de surveillance, de formation, de communication des résultats et d'évaluation. Il existe une réelle collaboration avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et les unités de soins dans le programme des surveillances des infections nosocomiales, notamment pour les bactéries multirésistantes. Le comité anti-infectieux, émanation du Comité de lutte contre les infections nosocomiales a édicté des recommandations sur le bon usage des antibiotiques.

Des actions de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels sont en place en collaboration avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales et la médecine du travail. Des actions de formation sur ces thèmes accompagnent la diffusion des protocoles.

Le risque infectieux lié à l'utilisation des dispositifs médicaux et équipements à usage multiple est maîtrisé notamment par la mise en assurance qualité des activités de stérilisation. Un travail sur le risque infectieux lié à l'environnement est engagé sur l'eau, l'air, les surfaces, le linge et les déchets. La démarche Hazard analysis control critical point (analyse des risques et maîtrise des points critiques) est en place en cuisine.

Les enquêtes de prévalence et d'incidence ainsi que les évaluations de pratiques professionnelles effectuées en collaboration avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales Sud-Ouest permettent de mesurer les résultats des actions mises en place dans l'établissement. Les professionnels de santé doivent poursuivre dans cette voie.



II DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION

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

- généraliser la suppression des retranscriptions des prescriptions ;
- généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfique – risque et de la recherche du consentement éclairé ;
- généraliser les déclarations à la Commission nationale informatique et libertés des fichiers informatisés nominatifs ;
- élargir la formation à la sécurité incendie à l'ensemble des personnels ;
- formaliser un programme de gestion des risques.

II.2 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 a 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 d'accréditation.