



**COMPTE RENDU D'ACCREDITATION
DU CENTRE HOSPITALIER
DE DENAIN**

25, bis rue Jean Jaurès

BP 225

59723 Denain

Mars 2001

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.9
Partie 3 LES CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.10
1. APPRECIATIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.10
1. Synthèse par référentiel	p.10
2. Synthèse selon les trois orientations stratégiques	p.47
2. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p.50
1. Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation	p.50
2. Échéance de la prochaine procédure et modalités de suivi	p.50

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 ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

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 PROCEDURE 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 QUALITE DES SOINS

- *L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.*
- *L'amélioration de la sécurité des soins.*
- *Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.*
- *La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.*

III. COMMENT EST ETABLI LE COMPTE RENDU 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.

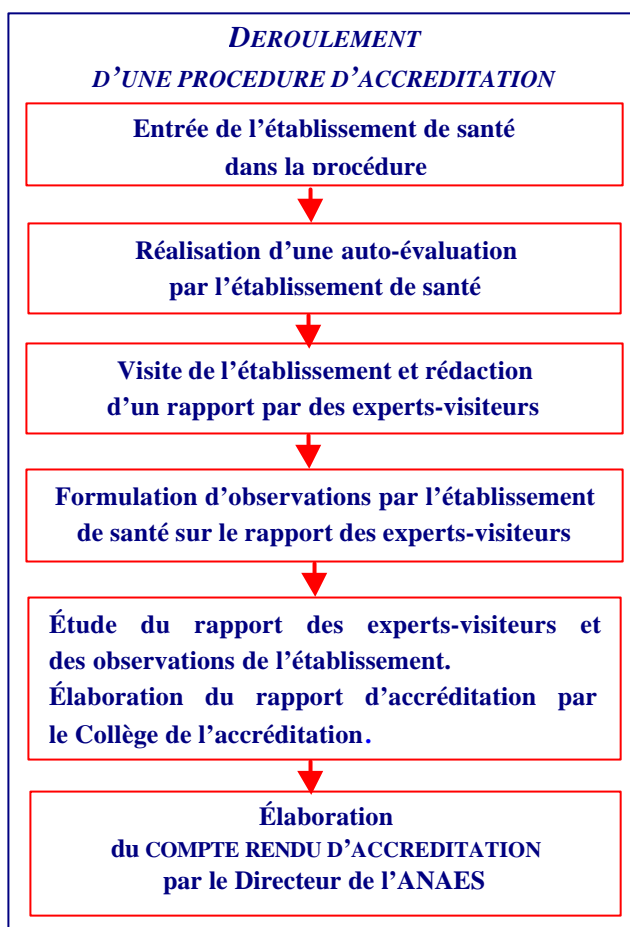
Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

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

LES REFERENTIELS 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 COLLEGE 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	MODALITES 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

Le centre hospitalier de Denain, un établissement public de santé de la région Nord Pas-de-Calais (département du Nord), secteur du Hainaut.

La ville de Denain est proche des axes autoroutiers A2 et A 23, à une quinzaine de kilomètres de Valenciennes (15 mn) et 45 km de Lille (30 mn environ). La ville de Denain comporte deux établissements de santé : l'hôpital et une clinique chirurgicale très proche.

Le centre hospitalier de Denain appartient au secteur sanitaire de Valenciennes (350.000 habitants) et au bassin de vie de Valenciennes-Cambrai-Maubeuge (1.000.000 habitants).

Le centre hospitalier de Denain fait partie de la communauté d'établissements constituée autour du centre hospitalier de Valenciennes avec lequel existent plusieurs coopérations pour :

- l'imagerie par résonance magnétique, le scanner ;
- la biologie ;
- la pédiatrie (convention avec la maternité de niveau 1 du centre hospitalier de Denain) ;
- les urgences (contrat-relais avec Valenciennes en cours de réalisation).

Le centre hospitalier se situe dans un bassin d'attractivité correspondant à une agglomération de 70.000 habitants environ, dans un secteur très défavorisé avec notamment beaucoup d'urgences sociales et de malades non payants vis-à-vis desquels l'hôpital assure sa mission de service public.

L'établissement est organisé autour d'un site principal sur un hectare en centre ville avec des structures extérieures en ville pour les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, centre médico-psychologique, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques).

Le site principal est pavillonnaire mais tous les bâtiments sont reliés par des galeries et les sous-sols. Les activités d'urgence, de consultations, de chirurgie, de médecine, de soins de suite, et le plateau technique sont situés dans un même ensemble de bâtiments.

Sont localisés dans des bâtiments annexes sur la même emprise : le long séjour, la maison de retraite, la psychiatrie adulte.

Les structures extrahospitalières de psychiatrie sont situées en ville dans des villas réaménagées et adaptées.

L'établissement comporte 462 lits et places (366 lits + 96 places), se répartissant comme suit :

- médecine chirurgie obstétrique : 169 lits, (médecine : 84, chirurgie : 50, gynécologie obstétrique : 35),
- soins de suite : 63 lits,
- long séjour : 80 lits,
- psychiatrie (hospitalisation complète) : 50 lits sur le site,
- 70 places de psychiatrie,
- 7 places en hôpital de jour de médecine.

L'activité 1999 était la suivante :

- médecine, chirurgie, obstétrique : 9898 entrées,
- 552 séances en médecine,
- 11282 séances en psychiatrie,
- 19290 passages aux urgences (unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences) suivis d'hospitalisation pour 30 %,
- 24487 consultations externes,
- 2727 interventions chirurgicales (une part importante de l'activité est en urgence),

99,34 % des patients viennent du Nord, 28,59 % de Denain même, 90,61 % de Denain et des villes avoisinantes (dont Douchy Les Mines et Escaudain) traduisant un recrutement de proximité, ce qui est la vocation et la volonté de l'établissement (« être un hôpital de qualité à visage humain »).

Le plateau technique de l'hôpital comporte :

- un bloc chirurgical avec 3 salles,
- un bloc obstétrical avec 3 salles d'accouchement et deux salles de réanimation de nouveau-nés,
- pas de laboratoire (à 90 %, le centre hospitalier de Denain travaille avec un laboratoire de ville à Denain ; pour le reste avec le centre hospitalier de Valenciennes et avec Lille-Pasteur),
- de la radiologie conventionnelle,
- un plateau d'endoscopie (pneumologie et gastro-entérologie),
- une pharmacie et une stérilisation centrale.

Depuis 1985, le centre hospitalier de Denain, est en modernisation permanente (selon un programme de travaux par tranches : 1988, 1993, 1996, 2000). Un programme en cours prévoit la reconstruction de la maternité et des urgences (2000-2004).

Un protocole d'accord a été signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation du Nord Pas-de-Calais en mars 1998.



Le projet d'établissement du centre hospitalier est en cours de réactualisation. Le projet médical intègre les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et sociale et les objectifs de la communauté d'établissements du valenciennois.

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Ce compte-rendu fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 29 décembre 1999.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 26 septembre au 29 septembre 2000 par une équipe interprofessionnelle de 4 experts-visiteurs mandatée par l'ANAES.

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 19 janvier 2001.

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement au rapport des experts-visiteurs ont été communiqués pour délibération au Collège de l'accréditation en mars 2001.

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 le centre hospitalier de Denain a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I. APPRECIATION 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.

1. Synthèse par référentiel

1.1. Droits et information du patient

Le projet d'établissement du centre hospitalier de Denain a été élaboré en 1995, antérieurement à la parution de la circulaire relative à la charte du patient hospitalisé, et ne peut donc s'y référer. Cependant, les devoirs des personnels à l'égard des patients sont rappelés dans plusieurs sources documentaires. La charte du patient hospitalisé est affichée dans toutes les unités de soins et le livret d'accueil du patient distribué à chaque entrant. La démarche d'amélioration des droits et de l'information des patients est un des aspects de la démarche qualité développée dans l'établissement depuis 1997-1998. Elle sera un des axes du futur projet d'établissement.

Les droits des patients suivants sont bien respectés :

Liberté de circulation :

Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt. Il existe un formulaire de sortie contre avis médical, ainsi qu'un formulaire qui est envoyé au domicile du patient en cas de départ volontaire. Des protocoles spécifiques reprennent les modalités réglementaires de placement d'office et d'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Liberté de croyance, intimité, dignité :

Le patient est traité avec égards, ses croyances sont respectées, son intimité préservée ainsi que sa tranquillité. Un concours annuel d'idées innovantes a permis notamment la conception et la réalisation de plusieurs projets en faveur du respect de la dignité du patient (en moyen séjour par exemple, combinaison pour vêtir les personnes atteintes de démences et éviter qu'elles déambulent dénudées). La pratique de la religion est facilitée. Il peut être fait appel à un ministre du culte pour les sacrements. Il existe des protocoles relatifs aux soins post-mortem établis dans le respect des convictions de chacun.

L'établissement ne dispose que d'un tiers environ de chambres individuelles. Toutefois, les chambres à deux lits sont équipées de paravents télescopiques afin de préserver l'intimité des occupants. En cas de besoin, les entretiens avec les patients ou leurs familles sont réalisés dans les bureaux médicaux.

Respect de la vie privée, confidentialité :

Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.

La confidentialité à l'accueil principal a fait l'objet d'un travail de groupe et des travaux ont été réalisés dans le hall et les consultations pour améliorer accueil et confidentialité (isolation des boxes). La confidentialité du dossier de soins est organisée et décrite par une procédure générale. Elle est favorisée par un stockage protégé du dossier patient.

La présence des patients à l'hôpital n'est pas divulguée. Les appels téléphoniques comportant des demandes de renseignements médicaux sont gérés par les infirmiers ou les médecins.

Toutes les interruptions volontaires de grossesse sont réalisées dans le strict respect de l'anonymat, notamment en ce qui concerne les éléments d'identification de la patiente et de l'acte. Il en est de même pour l'accouchement sous X.

Le personnel est formé au respect du secret professionnel et de la confidentialité, obligations rappelées dans les livrets d'accueil (personnels et stagiaires) et figurant dans le formulaire de contrat de travail des contractuels. Ces obligations sont également rappelées lors de l'entretien d'accueil avec les cadres. A l'initiative de la direction des soins infirmiers, une enquête a été menée auprès de 210 agents sur les valeurs fondatrices de la démarche soignante : elle a fait ressortir le respect de l'autre comme une des six valeurs les plus citées par les agents.

Information du patient :

Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier, notamment celles d'ordre médical par l'intermédiaire d'un praticien choisi librement. Les professionnels paramédicaux expliquent le déroulement des soins au patient. Le patient peut obtenir un complément d'information médicale par l'intermédiaire de l'infirmière. Pendant le séjour, le patient est informé de l'évolution de son état de santé et des soins par le médecin. Les familles peuvent prendre rendez-vous avec le médecin par l'intermédiaire du cadre ou de l'infirmière, des plages horaires sont prévues dans chaque unité ; la fiche de présentation du service indique à qui s'adresser pour prendre rendez-vous.

Accessibilité aux soins :

L'égal accès de tous aux soins est respecté. Il existe une convention avec le conseil général pour les patients relevant de l'aide sociale, un programme de lutte contre l'exclusion sociale en faveur des plus démunis et des procédures pour les femmes et les enfants battus.

L'établissement accueille et assure les soins urgents pour toutes les personnes. Reconnu comme unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences fonctionnant 24h/24, il traite notamment les urgences sociales, psychiatriques, médicales et chirurgicales. Les transferts après les premiers soins, par exemple en réanimation ou en pédiatrie dans un établissement spécialisé, font l'objet de protocoles.

Accessibilité des locaux :

L'accessibilité des locaux aux personnes handicapées est satisfaisante : chambres et WC aux normes, emplacements de stationnements réservés, ascenseurs, régulation de l'accès des véhicules, mains courantes dans les circulations, lit à commande électrique, etc.

Accueil du patient :

La qualité de l'accueil fait l'objet de nombreuses dispositions et procédures (dont une procédure d'accueil commune). Une hôtesse est présente dans le hall du lundi au samedi, de 10h à 18h. Le livret d'accueil est remis à tout hospitalisé. Environ 140 agents ont été formés.

Accueil des étrangers :

Un groupe d'interprètes volontaires a été créé. L'information sur ce dispositif est affichée dans toutes les unités de soins et au standard qui dispose des coordonnées des personnes ressources. Des dictionnaires médicaux en plusieurs langues sont disponibles au standard.

Information sur le séjour :

Les informations pratiques relatives au séjour sont communiquées par les moyens suivants : livret d'accueil, fiche d'information spécifique à chaque unité, signalisation dans les couloirs, les ascenseurs, les halls et les parkings, règlements intérieurs affichés dans les chambres, film de présentation de l'établissement sur le réseau télé, diffusé jour et nuit, film spécifique au service de pneumologie diffusé, menus affichés dans les unités de soins, affichage des tarifs de prestations. Dans le hall principal, les patients peuvent en outre prendre connaissance par voie d'affichage de l'identité et de la spécialité médicale de chaque service.

Information sur les professionnels :

Le patient est informé de la fonction et de l'identité des personnes intervenant auprès de lui. L'identification des personnels paramédicaux est aisée : l'identité, la fonction et l'affectation sont notées sur la blouse (sauf en psychiatrie où la pratique n'est pas systématique). Lors de l'accueil du patient, le personnel se présente nominativement et décline sa fonction.

Le guide pour les stagiaires et les nouveaux arrivants rappelle les obligations relatives à la tenue vestimentaire. Les élèves infirmiers et aides-soignants portent une blouse identifiée. Le livret d'accueil du patient l'informe de la participation éventuelle des élèves aux soins.

Prise en charge sociale :

L'assistante sociale a pour mission de conseiller, d'orienter, de soutenir les personnes accueillies ainsi que leurs familles. Sollicitée pour tous renseignements administratifs et financiers à caractère social, elle assure la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux ou médico-sociaux. Les démarches se font en liaison avec les assistantes sociales de secteur, et au besoin avec la collaboration d'éducateurs spécialisés des services de psychiatrie.

L'assistante sociale recherche des structures d'hébergement d'urgence pour les personnes sans domicile fixe, les femmes battues. Les interventions à caractère social en maternité concernent aussi les mères qui ont accouché sans avoir déclaré la grossesse ou les femmes isolées sans garde pour leurs autres enfants pendant le séjour en maternité.

Elle prépare le placement ou le retour en milieu de vie adapté pour les personnes âgées dépendantes (aide à domicile, aide ménagère, service de soins à domicile, couverture de droit à l'allocation spécifique dépendance, portage de repas à domicile) et les personnes incapables majeures. Elle participe aux démarches de mise sous curatelle, tutelle et sauvegarde de justice.

Elle participe aux démarches de transfert vers un établissement spécialisé, facilite les orientations vers des structures éducatives adaptées, participe aux démarches d'hospitalisation à la demande d'un tiers, si aucun membre de la famille n'est joignable. Mais les démarches à caractère social ne sont pas formalisées.

Consentement du patient et participation aux choix thérapeutiques :

Il existe encore peu de traces de l'information médicale donnée au patient dans le dossier du patient en dehors des fiches d'informations spécifiques pour certains actes et des dates de rendez-vous avec les familles qui attestent des échanges avec le médecin. La lettre de sortie peut faire état de la réflexion bénéfiques risques et des choix thérapeutiques négociés avec le patient, mais de façon non systématique. En accord avec la commission médicale d'établissement, une infirmière de médecine, compétente en endoscopie et exploration cardiaque, se rend au chevet des malades. Cette infirmière a pour mission d'expliquer le déroulement de l'examen et de répondre aux questions du patient.

Tout acte médical n'est pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Les soins courants sont dispensés sur la base d'un accord oral explicite entre patients et les médecins et soignants. Les examens ou thérapeutiques invasifs font normalement l'objet d'un consentement explicite avec signature d'un document par le patient. Un consentement spécifique est prévu, notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour un don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage. Un formulaire de consentement pour le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine est en cours d'uniformisation à l'ensemble de l'établissement.

Les transfusions de produits sanguins labiles font l'objet d'une information orale et écrite avec consentement écrit de façon systématique, les médicaments dérivés du sang d'une information écrite (le patient garde sa fiche d'information) et orale sans signature du patient.

De manière générale, il est tenu compte de l'avis des patients mineurs, le médecin s'efforce de recueillir au maximum leur consentement. Les détenteurs de l'autorité parentale donnent leur consentement par écrit pour les interventions chirurgicales. Le patient ou son représentant légal désigne la personne à informer le plus souvent dès l'admission. Le patient désigne aussi le(s) médecin(s) à informer par courrier de sortie.

Pour les soins dans le secteur de l'orthogénie, lorsqu'une mineure demande une interruption volontaire de grossesse, le centre de planification lui remet un dossier guide. La patiente doit exprimer sa volonté en dehors de la présence de ses parents lors de l'entretien médical. En revanche, le consentement d'un des parents ou de la personne qui exerce l'autorité parentale est exigé. Si au contraire les parents demandent une interruption volontaire de grossesse contre l'avis de la patiente mineure, il est tenu compte de l'avis de la patiente.

Pour les enfants de parents témoins de Jéhovah une levée provisoire de l'autorité parentale peut être sollicitée auprès du procureur de la république, si la transfusion est urgente et vitale. Le cas échéant, pour une intervention prévue, l'autotransfusion est conseillée.

Il est tenu compte de la capacité du patient à consentir : les majeurs capables donnent seuls leur consentement ; pour les majeurs incapables, le médecin recueille le consentement ou le refus de la personne la plus proche, sauf cas d'urgence vitale. Une procédure est en cours d'élaboration.

La consultation du registre automatisé des refus de prélèvements d'organes fait l'objet d'une procédure et il existe un formulaire d'autorisation de prélèvements d'organes à des fins scientifiques. Le livret d'accueil en informe les patients. Les prélèvements dans un but d'étude génétique font l'objet d'une information écrite et orale avec recueil de consentement écrit conservé dans le dossier de soins. L'établissement applique une procédure pour la demande d'autopsie des enfants mort-nés et des enfants décédés après la naissance. L'accord écrit des parents est recueilli.

Le refus de consentement d'autopsie doit être notifié.

Protection des valeurs, objets et effets des patients :

A l'arrivée des patients il est procédé à un inventaire des effets personnels. Les dépôts de valeurs sont possibles. Aux urgences, un chariot spécifique a été conçu pour éviter d'égarer les effets personnels. Le patient dispose de ses effets personnels durant le séjour. A cet effet les chambres des services sont équipées d'armoires ou de placards.

Traitement des réclamations et plaintes :

Les patients sont informés par le livret d'accueil et par la charte du patient hospitalisé affichée partout de leurs possibilités de réclamations et de plaintes. Le questionnaire de sortie leur permet de donner une appréciation de leur séjour au travers d'un certain nombre d'items.

Les patients et les familles peuvent se rendre de façon spontanée à la direction qui a une attitude très ouverte et très attentive. Elles sont reçues par le responsable du service des soins infirmiers. Les personnes ou familles peuvent aussi être reçues par le médecin conciliateur.

La commission de conciliation est en place et se réunit régulièrement ; elle ne tient pas de permanence, mais les patients peuvent la saisir par écrit ou par téléphone. Le médecin conciliateur reçoit les plaignants. Le livret d'accueil en décrit le fonctionnement et les attributions. Les plaintes et réclamations y sont analysées. En moyenne, 7 à 8 réclamations par mois sont traitées. Les questions sont le plus souvent d'ordre technique. La direction informe la commission de l'issue des recours gracieux ou juridictionnels.

Toutes les plaintes sont enregistrées par le secrétariat de direction et analysées par le directeur et le référent qualité. La copie des lettres de plaintes est transmise par la direction aux responsables médicaux et paramédicaux des services concernés.

Évaluation de la satisfaction du patient :

La satisfaction des patients est mesurée de manière permanente. Un questionnaire de satisfaction est remis systématiquement au patient en fin de séjour. Composé de questions fermées et traité par lecture optique, ce questionnaire évalue l'opinion des patients sur l'accueil à l'arrivée et en cours d'hospitalisation, les conditions d'hospitalisation, les soins, les médecins et les soignants, et la prise en compte des droits du patient. Le questionnaire est déposé par le patient dans une boîte aux lettres en place au niveau de chaque unité de soins ainsi qu'aux consultations. Par ailleurs, une enquête ponctuelle, à partir d'un échantillon de 50 personnes, a été réalisée sur l'accueil aux consultations externes. Une enquête régulière est réalisée par le service des urgences. Enfin, des enquêtes ponctuelles sont réalisées aux consultations de chirurgie et dans les services.

Les améliorations doivent porter sur :

- une meilleure information des patients sur le consentement éclairé, dans les fiches d'accueil propres à chaque unité pour certains examens invasifs, certaines thérapeutiques ou actes de dépistage,
- l'inscription dans le livret d'accueil de la possibilité pour le patient de non-divulguer de sa présence,

- l'élaboration d'une information sur les modalités de retrait des objets au trésor lors du dépôt de valeurs.

1.2 Dossier du patient

La politique du dossier du patient définie et mise en œuvre par l'établissement dans l'ensemble des secteurs d'activité.

- a) Pour les hospitalisés, il existe un dossier médical commun sur support papier, ouvert à l'entrée du patient ou retrouvé par recherche d'antériorité aux archives. Ce dossier est disponible 24 h/24. Il existe un dossier de soins harmonisé, avec tronc commun à tous les services et une partie spécifique à chaque unité (sauf en psychiatrie). Il est ouvert aux urgences et suivi par les services. Le dossier de soins infirmiers est archivé avec le dossier médical. Les informations concernant toutes les hospitalisations du patient sont regroupées dans un même dossier. Une recherche d'antériorité par un logiciel spécifique est possible à l'admission de chaque patient et permet de retrouver l'ancien dossier si le malade a déjà été hospitalisé. L'informatisation du dossier du patient est envisagée (logiciel spécifique).

Certains services (psychiatrie adultes et enfants, équipe mobile de soins palliatifs, service d'obstétrique, service d'orthogénie, médecine du travail, urgences) conservent des documents de travail (feuilles d'entretiens individuels confidentiels, dossiers de suivi de grossesse, dossiers transfusionnels, etc.) qui ne sont pas transmis dans le dossier médical commun. Ils sont classés à part et ils devraient faire l'objet, dans l'avenir, de procédures écrites. Les patients venant en consultation ou en soins externes ont un dossier différent du dossier médical commun ; le regroupement de l'ensemble des informations médicales dans le même dossier est un objectif qui sera réalisé avec la mise en place du nouveau logiciel des archives.

- b) La politique de l'établissement est de définir et d'organiser l'information médicale selon un accord collégial médical. Elle vise à favoriser le regroupement des informations détenues pour chaque patient dans l'établissement.
- c) Une politique connue de tous, formalisée par des protocoles concernant notamment le circuit du dossier patient, la sécurité du dossier et son archivage, vise à assurer la protection de la confidentialité des dossiers et des informations concernant le patient. Le personnel est informé des mesures à appliquer concernant les dossiers, par le biais d'un livret d'accueil et par un affichage dans les services des "devoirs des agents hospitaliers concernant l'intimité" ; un dossier spécimen a été créé et diffusé dans tous les services. Progressivement, tous les services munissent leurs portes de locaux sensibles (bureaux, salles de soins) de digicodes.

- d) Il existe une procédure écrite pour transmettre un dossier à un médecin traitant désigné par le patient. La réponse à la demande écrite du médecin traitant est faite par le département d'information médicale ou le médecin prescripteur ; il lui est envoyé une copie du dossier.

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

- a) Tout le personnel paramédical a travaillé à l'élaboration du dossier de soins. Le responsable du département d'information médicale est garant de la bonne exécution des procédures. La diffusion des procédures est effective ; une feuille de diffusion par procédure est signée par les cadres chargés d'en organiser la lecture par les agents.
- b) L'organisation du circuit du dossier et de son archivage est formalisé ; une procédure fixe les modalités d'épuration du dossier médical. Un guide d'utilisation des différentes feuilles du dossier de soins a été réalisé. Cependant, on constate le stockage temporaire des dossiers médicaux au sein des services, en attente d'être archivés. Ce stockage temporaire peut durer trois semaines. En cas de ré-hospitalisation du patient, les dossiers ne peuvent être retrouvés qu'avec la mémoire des secrétaires ; il est souhaitable de limiter ce temps de stockage au minimum et surtout d'élaborer un système de classement et d'information.

La confidentialité des dossiers.

- a) Les personnels sont sensibilisés à la confidentialité lors de l'entretien d'accueil réalisé par les cadres lors de l'arrivée d'un nouvel agent, et par le livret d'accueil du nouveau personnel distribué à tous les agents. Cette obligation est soulignée dans le contrat de travail des contractuels. Une affiche concernant le respect de l'intimité du patient a été réalisée et affichée dans tous les services. La création d'une pochette « zippée » (idée innovante 1998) permet de respecter la confidentialité pour le transport des dossiers lors des déplacements de patients : brancards et fauteuils roulants sont équipés d'une sacoche fermée, pouvant contenir le dossier médical.
- b) Une fiche « commission nationale informatique et libertés » est réalisée pour les données informatisées des patients. Une information à ce sujet est affichée dans tous les services, accessible aux patients ; le livret d'accueil des patients contient aussi cette information.
- c) Des destructeurs de papier ont été installés dans tous les secrétariats médicaux, au département d'information médicale et aux archives. Progressivement, toutes les salles de soins et les bureaux infirmiers en sont dotés. Une procédure fixe les modalités de tri et d'épuration des dossiers.

La tenue du dossier du patient.

- a) Le dossier du patient comprend une feuille d'identification, mentionnant la(les) personne(s) à prévenir. La fiche d'identification reprend les renseignements administratifs dans le même ordre que le logiciel spécifique d'admission des patients. Des étiquettes autocollantes, permettant d'identifier tous les documents concernant les patients, sont établies dès l'arrivée du patient aux urgences ou en entrée directe dans un service de soins. Les fiches de prescriptions thérapeutiques sont identiques dans tous les services (sauf en psychiatrie). Le classement aux archives est formalisé et effectué selon un code connu de tous.
- b) Une procédure décrit et fixe les responsabilités des différents intervenants dans la tenue du dossier patient.
- c) Les cadres des unités de soins sensibilisent au maximum les médecins à la signature des prescriptions (taux : 60 à 70 % des services) ; le nom n'apparaît pas toujours clairement. Un effort reste à faire pour généraliser cette pratique ; la commission médicale d'établissement s'engage à inciter chacun des médecins à s'y conformer, à dater et signer ses observations. Dans le service de pneumologie, le chef de service, convaincu par nos échanges lors de la visite, a du jour au lendemain, mis en œuvre la signature des prescriptions médicales pour lui-même et l'ensemble de ses collaborateurs médicaux. Il persiste un écart entre la politique de la transmission ciblée affichée, connue des cadres, et la pratique réelle des observations infirmières ; la politique mise en place est récente et doit être poursuivie.
- d) Le dossier de soins et le dossier médical, et les documents qu'ils contiennent, sont organisés et classés selon un ordre connu et appliqué par tous les services.

Le contenu du dossier du patient.

- a) Le dossier du patient regroupe toutes les informations nécessaires à sa prise en charge. Les informations sont transcrites sur différents documents : feuille d'observation clinique faite à l'entrée aux urgences, feuille d'examen médical d'entrée faite dans chaque unité, diagrammes de soins, feuille de transmission, dossier de soins infirmiers, dossier modulable commun, reprenant les prescriptions et les observations médicales, fiche de liaison infirmière et lettre de sortie avec synthèse de l'évolution de l'état de santé du patient à sa sortie.
- b) Les observations concernant l'état clinique et la prise en charge du patient hospitalisé sont contenues dans le dossier médical et le dossier de soins unique et commun à tous les services. Pour les soins externes faits aux urgences, un double du compte-rendu est archivé. Outre la lisibilité parfois difficile des écrits sur les feuilles de liaison et dans le dossier du patient, les heures de prise en charge devraient être plus souvent mentionnées.

- c) Le dossier de soins commun comporte les prescriptions et les observations médicales permettant à tout moment de connaître les traitements, les examens et les soins reçus ou devant être reçus par le patient. Il existe ainsi une traçabilité des soins (confirmée par une enquête) qui apparaît dans le dossier transfusionnel.
- d) Les éléments d'informations des spécialistes sont mentionnés dans le dossier médical et le dossier de soins unique. Les informations sont classées entre les intercalaires de couleurs spécifiques à chaque domaine d'investigation, les diagrammes de soins spécialisés et les gommettes caractérisant le type d'isolement (patient à risques infectieux).
- e) Un feuillet explicatif sur l'examen prescrit est donné aux patients ; celui-ci mentionne les informations relatives à l'acte qui va être réalisé. La signature du consentement éclairé y figure parfois. La discussion bénéfices/risques est encore trop rarement argumentée ; elle est surtout réalisée en psychiatrie.
- f) La lettre de sortie mentionne les conclusions du séjour et les modalités du suivi.
- g) Afin d'assurer la continuité de la prise en charge, le médecin désigné par le patient reçoit à la sortie du patient une lettre de sortie, dont le double reste présent dans le dossier médical.

L'accès aux dossiers.

- a) Les archives centrales permettent de localiser et d'accéder au dossier patient à tout moment. De plus, le logiciel des archives assure une gestion et un suivi régulier du dossier patient. Un logiciel spécifique permet de connaître les antériorités des patients. Une recherche en temps réel du dossier patient réalisée en 2000 a confirmé l'efficacité de la méthode. En règle générale (demande de dossier par les urgences), un dossier est obtenu en dix minutes.
Le stockage provisoire des dossiers dans les secrétariats, en attente des derniers résultats d'examens pour rédiger les lettres de sortie, constitue un problème. Aux urgences, les dossiers restent environ un mois (soins externes) avant d'être archivés.
- b) Depuis 1985, date de création des archives centrales et de la mise en place du dossier unique, aucun dossier n'a été détruit. Les conditions de sécurité font l'objet d'une procédure particulière, la protection incendie est assurée. La recherche de dossiers "doublons" est réalisée par le personnel des archives qui informe le service afin de corriger les éventuelles erreurs dans la recherche d'antériorité. Seuls les services de psychiatrie ont maintenu un double archivage (les documents considérés hautement confidentiels sont archivés dans le service même).

L'évaluation des dossiers.

- a) Une procédure fixe les modalités d'évaluation du dossier de soins. Une grille d'évaluation devait être réalisée dans chaque unité de soins trois fois par an, portant sur dix dossiers. Cette évaluation a eu lieu dans quatre services ; les dysfonctionnements relatifs à la tenue du dossier sont analysés avec le cadre et le personnel. Il n'y a pas encore eu d'analyse globale de ces évaluations à visée surtout pédagogique, donc pas d'actions correctrices instituées.

Une autre procédure précise que le département d'information médicale sélectionne une centaine de dossiers tous les semestres pour évaluer la qualité du dossier. Un rapport est rédigé et présenté à la commission médicale d'établissement et aux cadres des unités de soins. Les dossiers non conformes sont renvoyés dans le service. Il existe donc une double évaluation : service par service pour le dossier de soins par les équipes de soins, et évaluation globale par les archives.

- b) Des moyens d'amélioration sont élaborés : classement des informations par la mise en place d'intercalaires de couleurs, communs à tous les services pour le classement des documents ; un dossier spécimen est mis à disposition dans chaque unité de soins ; une élaboration d'une procédure sur le «toiletage » du dossier patient existe de même qu'un guide d'utilisation des différentes feuilles et diagrammes du dossier de soins élaboré par le responsable du service des soins infirmiers en collaboration avec les unités de soins. Une nouvelle maquette de présentation du recto et du verso du dossier patient a été réalisée, renseignant de façon plus précise sur le circuit du patient.

Les améliorations doivent porter sur :

- une réflexion quant à l'intérêt du maintien des exceptions au dossier unique (psychiatrie, orthogénie, dossier transfusionnel, soins palliatifs, médecine du travail),
- l'amélioration des observations médicales, à savoir les dates, la signature des prescriptions dans tous les services, la traçabilité de la réflexion bénéfiques/risques,
- la réduction du stockage temporaire du dossier patient dans les services avant archivage,
- la généralisation des évaluations des dossiers dans tous les services et la mise en place d'actions correctives.

1.3. Organisation de la prise en charge des patients

Le projet d'établissement comporte les éléments d'une politique qui concourt à l'amélioration de l'organisation de la prise en charge des patients :

- le projet médical prévoit la dynamisation du comité de lutte contre les infections nosocomiales, la lutte contre la douleur, le développement des soins palliatifs, l'amélioration de l'accueil des urgences et de l'accueil des enfants en chirurgie ;
- le projet de soins infirmiers promeut l'harmonisation et la bonne tenue du dossier de soins et les transmissions ciblées ;

- le projet social privilégie l'amélioration des conditions de travail, la formation des professionnels et l'adaptation des emplois et des qualifications ;
- le projet logistique s'intéresse à l'amélioration de la prise en charge hôtelière du patient, à l'ergonomie des matériels, à la signalétique, au réaménagement des locaux, etc. Depuis plusieurs années, l'établissement a d'ailleurs entrepris une importante démarche d'amélioration de la qualité hôtelière.
- Les activités de l'établissement et les conditions de séjour font l'objet d'une information claire dans le livret d'accueil et dans les plaquettes de présentation de l'hôpital. La signalétique des urgences est satisfaisante tant à l'extérieur qu'à l'intérieur. La signalisation de l'hôpital en ville est satisfaisante.

L'établissement développe aussi une politique d'information en interne et en externe auprès du public et des professionnels : relations avec les médecins locaux, réseaux, réunions, séances d'enseignement post-universitaire, organisation de journées « portes ouvertes » par les professionnels de santé et par le public. L'amélioration de l'accueil du patient fait l'objet d'actions multiples. L'établissement a organisé, pour 140 agents, une formation pour développer « le savoir accueillir » afin d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

L'accueil des patients se fait 24h/24 dans les services et aux urgences avec une présence médicale continue. L'accueil administratif est assuré de 8h à 20h, 5 jours/7, de 8h à 16h le samedi. En dehors de cette période, l'accueil est réalisé par le personnel soignant des urgences. L'accueil aux admissions et aux consultations est organisé. Les délais d'attente sont considérés comme satisfaisants et font l'objet d'évaluations régulières.

La prise en charge médicale aux urgences est immédiate, avec une orientation selon le diagnostic des patients dans l'unité concernée. Si la situation du patient ne relève pas des compétences des services de l'établissement, tout est mis en œuvre pour une orientation rapide dans une structure appropriée.

Il n'y a pas encore de politique de prévention contre le tabagisme. Les patients et les personnels fument dans le hall et dans certains locaux réservés. La commission du service de soins infirmiers et le médecin du travail sont sensibilisés à cette question.

Le dossier patient permet à tous les personnels de soins d'inscrire leurs observations, leurs transmissions et leurs prescriptions (dès l'entrée, y compris aux urgences). La recherche d'antécédents est réalisée grâce au logiciel spécifique à partir du service des urgences, mais également à partir de n'importe quelle unité, en cas d'admission directe. La prise en charge de la douleur commence aux urgences (encouragée par le comité de lutte contre la douleur).

Le service d'hospitalisation assure la continuité et le suivi des soins prescrits aux urgences. Le relais est alors pris par l'équipe médicale et soignante qui accueille le patient. Une évaluation initiale est faite à l'entrée. Un recueil des besoins de la personne soignée est effectué pour permettre une prise en charge globale. Une complémentarité dans les équipes de soins, infirmières et aides soignantes, est notée dans le dossier de soins et au niveau des transmissions orales « ciblées ». Les transmissions ciblées, écrites, ne sont pas encore tout à fait maîtrisées à ce jour.

Les examens demandés lors de la visite (labo, radio) se font sur des bons de prescriptions comportant des informations sur l'état clinique du patient. L'ensemble des examens complémentaires et de soins sont programmés à partir de la visite médicale. Le recueil du consentement éclairé du patient avec le cas échéant l'information sur les bénéfices/risques se fait la plupart du temps oralement, sauf pour certains actes techniques invasifs impliquant une remise de document. L'analyse bénéfices/risques, n'est pas toujours tracée dans le dossier du patient. Mais une réflexion est en cours sur ce sujet.

Des procédures de prise en charge spécifiques existent en fonction des besoins identifiés dans les services concernés (psychiatrie, gériatrie, alcoologie, soins palliatifs). Les formations permettant d'aider à la prise en charge des besoins spécifiques sont mises en œuvre. Un comité de lutte contre la douleur est en place et actif. Des référents douleurs ont été désignés dans chaque secteur d'activité. Le personnel est formé. La lutte contre la douleur constitue un thème prioritaire et fédérateur pour l'établissement. Un document d'information est mis à disposition des hospitalisés avec le livret d'accueil. Les services de pneumologie, de chirurgie, du bloc opératoire et du moyen séjour possèdent des pompes à analgésie auto-contrôlées.

Depuis juin 1998, il existe une équipe mobile de soins palliatifs, et un médecin référent pour l'établissement. Cette équipe dynamique assure la formation (soins palliatifs, douleurs, relation d'aide). Cette équipe pluridisciplinaire formée au diplôme universitaire de soins palliatifs communique également et assure des formations en externe (exemple : début 2001, programme de formation établie à la demande des assistantes sociales de Valenciennes). Une psychologue assure également un soutien psychologique aux familles en deuil, à domicile.

Un groupe de prévention et de lutte contre les escarres a été mis en place sous la conduite de l'infirmière hygiéniste. Il est chargé de l'élaboration d'affiches de bonnes pratiques et de feuilles de suivi du changement de position.

Les cas de maltraitances des enfants font l'objet d'une première évaluation. Une prise en charge spécifique est ensuite réalisée. Elle est efficace. Dans un premier temps, l'enfant est confié à l'établissement hospitalier, en attendant que l'équipe de secteur trouve un lieu d'accueil. Dans tous les cas graves ou non, un suivi est fait par les assistantes sociales du secteur.

Des actions d'éducation sont proposées selon les services. Peuvent être cités : le programme d'éducation alimentaire pour les personnes âgées, la mise en place d'un appartement thérapeutique au niveau de la kinésithérapie pour faciliter la réinsertion à la sortie et pour les personnes âgées, la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, une éducation cardiovasculaire pour les diabétiques, des actions de prévention, d'éducation, et de « santé » envers les mères particulièrement jeunes ou défavorisées.

Dans l'ensemble de l'établissement, les conseils de service fonctionnent à fréquence relativement régulière avec des buts variés allant de la résolution de simples problèmes de matériel, à l'analyse du fonctionnement des services. Les réunions des conseils de services font l'objet de comptes-rendus diffusés.

La prise en charge multidisciplinaire, médicale et soignante, du patient est assurée. Les échanges d'informations ont lieu entre l'ensemble des professionnels par le biais de transmissions orales et écrites, et des staffs entre certains secteurs d'activité. La trace des consultations inter-services existe, la communication inter-services est réalisée par messagerie informatique. Des staffs médicaux ponctuels sont organisés pour l'étude de certains dossiers. Les délais d'examens et de comptes-rendus font l'objet d'évaluations.

L'information du médecin traitant (par lettre de sortie comportant le bilan du séjour du patient) est assurée dans des délais relativement courts. Des efforts sont réalisés dans certains secteurs, pour informer le médecin traitant, en cours d'hospitalisation.

La continuité des soins est assurée 24h/24 par les équipes présentes. Il n'y a pas de cadre infirmier de nuit. Le personnel dispose de nombreux protocoles, ce qui permet aux nouveaux personnels de s'y référer. Les transmissions inter-équipes sont effectuées et planifiées.

Un système de gardes et astreintes est établi, signé, validé par le directeur et diffusé dans chaque unité. Le tableau récapitulatif des gardes et astreintes du mois se trouve à la direction et aux urgences. Le médecin urgentiste intervient en premier sur appel du soignant du service d'hospitalisation. Des protocoles de prises en charge des urgences vitales internes sont en place. Le relais est établi ensuite avec le médecin d'astreinte. Tous les praticiens d'astreinte sont normalement sur place en moins de 20 minutes en cas d'appel.

Des fiches de liaison avec le bloc opératoire permettent d'assurer le relais entre les équipes. Des fiches de liaison ainsi que le dossier du patient concourent à garantir la continuité des soins entre les secteurs d'activité.

Le service médical d'urgence et réanimation assure le transport en urgence. Il organise également les transports vers d'autres établissements.

Des procédures de nettoyage et de décontamination assurent des garanties d'hygiène. Des précautions particulières sont prises en cas de patient infecté ou placé en isolement.

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

a) Il existe une consultation de pré-anesthésie. Une feuille de pré-anesthésie est établie lors de la consultation. Le patient est informé sur l'anesthésie, le dossier conserve les feuilles de consentement éclairé.

Il existe des check-lists pour le matériel des salles opératoires, des feuilles d'ouvertures de salles et une traçabilité des unités de stérilisation au bloc opératoire. Des protocoles concernant la préparation et l'hygiène de l'opéré existent dans les services de chirurgie et en maternité.

Des tableaux de gardes hebdomadaires permettent d'assurer la continuité des soins. Hors du temps de présence quotidienne, la présence des anesthésistes est fixée par astreinte.

Le programme des interventions mérite d'être amélioré malgré la proportion importante des interventions en urgence (notamment des césariennes, liées à l'activité obstétricale prédominante de l'établissement). Comme le planning opératoire n'est pas programmé, le transport des patients se fait au « coup par coup » après appel téléphonique.

Il existe de nombreux protocoles médicaux et non médicaux.

Le malade passe en salle post-interventionnelle pour une période de transition et de surveillance avant d'être transféré dans l'unité de soins. La douleur du patient est prise en compte. Il existe des protocoles pour les pompes auto-contrôlées.

b) Le patient est transféré des unités de soins vers le bloc opératoire par une infirmière et un aide-soignant. Il est accompagné de sa feuille de pré-anesthésie où figure : prémédication, heure de son administration et identification du soignant qui l'a effectuée. Cette organisation sera vraisemblablement revue avec la création d'un service spécifique de brancardage. Le patient est également accompagné de son dossier médical. Le dossier de soins infirmiers de chirurgie ne peut, actuellement, suivre le patient, car il n'est pas sur support individualisé.

Un cahier de bloc répertoriant l'identité des patients, un descriptif de chaque intervention, le nom de l'opérateur et de l'anesthésiste, assurent la traçabilité des interventions. La fiche de pré-anesthésie est ensuite utilisée comme feuille d'anesthésie. Le patient quitte cette salle avec la feuille d'anesthésie remplie de tous les paramètres de surveillance et la feuille de traçabilité des instruments utilisés ; au recto de cette feuille sont répertoriés tous les actes effectués et les soins post-opératoires à réaliser. Ainsi, une feuille unique d'anesthésie suit le malade pendant les trois étapes (pré, per et post-opératoire). Les feuilles d'anesthésie et de traçabilité du matériel sont rangées dans le dossier médical, ce qui oblige l'infirmière de l'unité de soins à retranscrire ces soins infirmiers dans le dossier de soins infirmiers.

Le compte-rendu opératoire, dicté par le chirurgien, est intégré au dossier et au cahier de bloc.

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

a) Il existe différents protocoles concernant les commandes, les modalités de fonctionnement de la pharmacie, de délivrance des médicaments et des dispositifs médicaux à usage unique. Un protocole concernant la fréquence de la distribution des médicaments et des dispositifs médicaux a été élaboré avec les services de soins. Les services sont approvisionnés 6 jours/7. Les « dépannages » sont toujours possibles et organisés avec un protocole spécifique. Pour les dépannages de produits pharmaceutiques, le standard dispose de la liste et des coordonnées des préparateurs de la pharmacie afin d'assurer la continuité des soins.

- b) Un livret du médicament avec la liste des produits disponibles est établi tous les ans par le comité du médicament. Les feuilles de prescriptions sont communes à tous les services. Elles sont généralement signées par le médecin prescripteur, mais pas de façon systématique dans certains services. Selon la nouvelle réglementation en vigueur, les ordonnances protégées et infalsifiables ont été mises en place. Les commandes de pharmacie des services sont globalisées et s'effectuent par logiciel informatique avec une signature informatisée. Les transports de médicaments se font à l'aide d'une malle fermée acheminée par le service intérieur.
- La prescription et la délivrance sont nominatives pour la maison de retraite et les longs séjours ; et les deux unités d'hospitalisation de la psychiatrie utilisent une délivrance globalisée. Il existe enfin quelques cas particuliers : la prescription et la délivrance nominatives des antibiotiques, des cytostatiques en service de pneumologie (les pharmaciens participent à la reconstitution des cytostatiques dans le service de pneumologie) ; la prescription nominative concerne aussi les médicaments hors de la liste et les rétrocessions. Au total, quelques 140 lits bénéficient actuellement d'une prescription nominative.
- c) Il existe des fiches techniques pour chaque dispositif médical, disponibles à la pharmacie. De nombreux essais de dispositifs médicaux sont effectués et évalués par les services de soins avant adoption. Il existe des réunions annuelles avec les services de soins pour le choix des dispositifs médicaux. Un livret de dispositifs médicaux est édité annuellement. Le dictionnaire Vidal est distribué à chaque service. Un logiciel performant pour la dispensation nominative est souhaitable (couplage avec le Vidal + historique informatique des prescriptions). La pharmacie hospitalière dispose d'un logiciel de prescription nominative capable de détecter les interactions médicamenteuses. Un contrôle des dates de péremption est en place dans les services de soins après concertation entre les professionnels et la pharmacie. Une procédure a été élaborée. Il existe un contrôle régulier des armoires à pharmacie des services par le pharmacien (toutes sont en conformité). De nombreuses salles de soins sont fermées à l'aide d'une serrure à digicode.
- La traçabilité est réalisée par l'enregistrement des numéros de lot à la livraison. Il en est de même de la traçabilité des médicaments dérivés du sang.
- d) La délivrance de médicaments sur prescription nominative dans certains services est un moyen d'analyser l'utilisation des produits et permet un suivi des consommations. La généralisation de la prescription nominative nécessite cependant le recrutement de pharmaciens mais l'établissement n'a pas les moyens de recruter pour l'instant. Les commandes de médicaments et de petit matériel médical par informatique permettent un suivi des consommations et de l'utilisation des médicaments.

Les professionnels des laboratoires et des secteurs d'activité cliniques déterminent en commun leurs règles de fonctionnement.

- a) Il n'y a pas de laboratoire interne au centre hospitalier, mais une convention avec un laboratoire de ville ; le laboratoire conventionné répond aux exigences d'un cahier des charges, avec un biologiste référent très proche des cliniciens et impliqué dans la démarche qualité de l'hôpital.

Le transport des bilans biologiques est organisé à l'aide de malles de transport spécifiques : chaque bilan est conservé dans un sachet plastique, accompagné du bon de demandes d'examens. Une procédure a été réalisée en collaboration entre les personnels chargés du transport des examens, les services de soins et le laboratoire ; un système de codification a été mis en place pour les bilans provenant du service des urgences. Mais, une identification d'un prélèvement sur patient « à risques » est réalisée, ce qui est contraire aux dispositions habituellement préconisées.

- b) Les demandes d'examens ne comportent pas de renseignements cliniques. Le biologiste référent extérieur en est demandeur.

Il n'existe pas, dans les services de soins, de bilan sanguin systématique, sauf en gériatrie pour les moyens et longs séjours. Un bilan systématique a été défini en réunion de comité de lutte contre les infections nosocomiales pour les cas d'accident d'exposition au sang. Un bilan pré-transfusionnel a été défini au cours d'une réunion du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance. Ce bilan est réalisé au laboratoire lorsqu'il est spécifié sur la demande d'examens "sérologie pré-transfusionnelle". Une procédure en fixe les détails, mais la remarque "sérologie pré-transfusionnelle" est rarement inscrite sur les bons d'examens. Il existe également un bilan post-transfusionnel.

- c) Le laboratoire réalise en priorité les examens demandés en urgence. La transmission informatique des résultats est rapide (délai moyen de réponse : une heure). Les résultats sont consultables dans tous les services, à tout moment. Le logiciel utilisé permet d'avoir un récapitulatif des résultats des patients. Un infirmier est temporairement détaché pour la formation et la sensibilisation des agents de services de soins à l'utilisation de ce logiciel. Ainsi, l'inscription du numéro d'hospitalisation sur toutes les demandes d'analyses est indispensable pour la consultation des résultats, mais ce numéro ne figure pas sur toutes les demandes d'examens, rendant dans ce cas impossible la transmission des résultats.

Le laboratoire édite et transmet des comptes-rendus des analyses et des résultats partiels pour les analyses en cours deux fois par jour (à 8h et 13h). L'édition des comptes-rendus de résultats biologiques en colonnes permet au clinicien de visualiser les antécédents des patients.

Les résultats des groupes sanguins, phénotype et recherche d'anticorps irréguliers, nécessitent obligatoirement une validation du biologiste. Ils sont transmis sur support papier (fax) après signature du biologiste. Pour les demandes en urgence de groupes sanguins, phénotype et recherche d'anticorps irréguliers, la transmission des résultats se fait en une heure par fax après signature du biologiste (jour et nuit, week-end et jours fériés compris).

En cas d'accident d'exposition au sang, les résultats de sérologies sont transmis en une heure.

- d) Il n'existe pas d'évaluation de l'utilisation des examens de laboratoire. Cependant, un récapitulatif mensuel des examens de laboratoire est transmis tous les mois à tous les services de soins. Cela pourrait permettre un réajustement des prescriptions médicales.

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

- a) Les radiologues sont d'astreinte 24h/24. La présence des manipulateurs radio est effective 24h/24. Il existe une messagerie informatique inter-services permettant la prise de rendez-vous pour les examens se déroulant en intra-muros. Le téléphone est utilisé pour la prise de rendez-vous des examens se déroulant à l'extérieur de l'établissement. Une procédure fixe les modalités des demandes internes de rendez-vous d'examens. Il existe une convention avec le centre hospitalier de Valenciennes pour les scanners.
- b) Le bon informatique permet d'inscrire les renseignements cliniques lors de la demande. Afin d'améliorer la liaison entre médecins demandeurs et spécialistes, un nouveau bon de demande d'échocardiographie a été créé permettant de connaître les objectifs cliniques de la demande et la réponse du radiologue.
- c) Les comptes-rendus écrits des examens sont transmis dans les services dès le lendemain. Les radiographies vues dans le service des urgences (soins externes) pendant la garde d'imagerie sont interprétées dès le lendemain par le radiologue. En cas de problème, le médecin des urgences convoque à nouveau le patient, et ce, dans les meilleurs délais. A défaut, le médecin traitant du patient est prévenu. Les demandes et les comptes-rendus des explorations fonctionnelles gagneraient à être dactylographiées, ce qui n'est pas le cas, par exemple, pour les échocardiographies, occasionnant des problèmes de compréhension.
- d) Il n'existe pas d'évaluation de l'utilisation des examens d'imagerie ou d'explorations fonctionnelles. Une feuille de suivi radiologique permet d'évaluer la réalisation des examens demandés. Elle devrait permettre de mieux éviter les redondances en créant l'historique radiologique du patient. Cette feuille est reprise d'une hospitalisation à l'autre.

La sortie du patient est planifiée et coordonnée.

- a) La sortie du patient est envisagée dès l'arrivée dans les services de chirurgie, de convalescents, des moyens séjours, de maternité et pour les séjours programmés.

- b) La sortie du patient se fait vers son domicile à la condition que son état de santé le permette, avec les aides appropriées si besoin (réseaux de soins à domicile développés). Une assistante sociale facilite l'orientation au sein de l'établissement. Au cas où le retour à domicile n'est pas possible, des services de convalescence et de soins de suite sont proposés. Si l'état du patient nécessite une prise en charge spécifique que l'établissement ne peut effectuer, il est transféré dans un établissement approprié.
- c) Le patient est prévenu dès que possible de sa sortie sauf cas exceptionnel (transferts ou sortie en cas de surcharge aux urgences). En cas de besoin, l'assistante sociale de l'établissement est sollicitée ainsi que l'entourage et la famille.
- d) Une lettre médicale accompagne toujours la sortie du patient (sauf en psychiatrie où le patient sort avec une ordonnance médicale). Dans certains services, lorsqu'une suite de soins infirmiers est prescrite ou si le courrier médical fait défaut, une fiche de liaison infirmière est réalisée (moyens séjours, convalescents), signée par un médecin. Un protocole, commun à tous les services, fixe les modalités de sortie et les formalités à remplir avant la sortie par le personnel et par le patient ou sa famille. Occasionnellement, en cas de sortie le week-end ou le soir, le traitement médical est délivré au patient pour éviter une interruption de traitement.
- e) Le médecin traitant reçoit la lettre de sortie du patient dont un exemplaire lui est remis dans la majorité des cas. Si la lettre de sortie n'est pas faite au moment de la sortie, elle est envoyée par courrier dans « les meilleurs délais » ; l'attente de résultats d'examens est parfois nécessaire. Si l'état du patient est préoccupant et nécessite des dispositions particulières, le médecin traitant est prévenu par téléphone.
- f) Lors d'un transfert intra-muros, le patient part avec son dossier complet, la lettre de sortie et la fiche de liaison infirmière. Lors d'un transfert extérieur, un courrier médical de transfert accompagne le patient ainsi qu'un dossier de transfert.

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

- a) Sur la fiche d'identification du dossier du patient, le numéro de téléphone de la personne à prévenir est noté. Grâce à ce numéro, la famille ou un proche est prévenue en cas d'état critique du patient. La transcription en est faite dans le dossier de soins.
- b) La charte du patient hospitalisé, affichée dans tous les services, rappelle au patient que ses croyances seront respectées. Si le malade ou sa famille manifeste des volontés ou des convictions particulières, tout est mis en œuvre pour les satisfaire dans la limite des possibilités du service ou de l'établissement.
- c) Le médecin traitant est informé par courrier du décès du patient. Une enquête transversale a montré que l'information était systématique, mais le délai plus variable.

- d) L'équipe mobile de soins palliatifs est chargée de l'accompagnement des familles et de la formation du personnel à l'accompagnement des familles, elle offre un suivi de deuil. Une infirmière de psychiatrie est également joignable 24h/24 en cas de nécessité, dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Les familles sont accueillies au service mortuaire par un agent d'amphithéâtre formé. Un système de garde de l'agent d'amphithéâtre est institué pour permettre à des membres de la famille géographiquement éloignés de rendre visite au défunt. Un salon de présentation du corps a été installé à la morgue, permettant de se recueillir. Mais, l'accès à la morgue par les sous-sols mériterait de bénéficier de travaux de réfection.

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

- a) Les secteurs d'activité cliniques utilisent certaines des recommandations de pratiques cliniques quand elles existent. Les différentes recommandations du comité de lutte contre les infections nosocomiales (isolement des patients porteurs de bactéries multi-résistantes, procédures d'entretien et de désinfection des endoscopes, cathétérisme veineux, sondage urinaire, alimentation du nourrisson en collectivité, guide des matériels de sécurité, les 100 recommandations pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales, désinfection des dispositifs médicaux, hygiène en radiologie interventionnelle) sont diffusées dans les services, par l'infirmière hygiéniste. Dans certains domaines, des recommandations spécifiques sont mises en œuvre (prise en charge de la douleur, guide de bonne exécution des analyses biologiques, recommandations de l'ANAES, conférences de consensus respiratoires, prise en charge des lombalgies, recommandations ministérielles par rapport à la radioprotection du personnel et du patient au bloc opératoire).
- b) Il existe un arbre décisionnel pour les accidents d'exposition au sang. Dans certains services, il existe des protocoles médicaux et infirmiers : conduite à tenir pour la thrombolyse aux urgences, protocoles médicaux et infirmiers en pneumologie, en médecine B, en chirurgie, au bloc opératoire, aux urgences, protocole d'insuline en seringue auto-pulsée.

De nombreux protocoles communs à tous les services de soins ont été élaborés ou sont en cours d'élaboration par les équipes d'infirmières (utilisation d'un respirateur en cas d'urgence vitale, vérification du chariot d'urgence, prise en charge de la douleur, prise en charge d'un patient diabétique, pose d'une perfusion, mesure de la pression veineuse centrale, transfert d'un patient de psychiatrie vers les services généraux du centre hospitalier). Au niveau du laboratoire, il existe un suivi de la toxoplasmose pour les femmes enceintes et pour les patients atteints d'hémopathies malignes.

- c) La connaissance de l'existence des protocoles est mesurée régulièrement au niveau des services de soins. Différents moyens permettent de vérifier la bonne utilisation des protocoles.

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

- a) Des évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées dans différents domaines :
- l'hygiène (lavage des mains, prélèvements bactériologiques au bloc opératoire, en cuisine et en stérilisation, enquêtes de prévalence 1994, 1996, enquête INCISO 1998, 1999 et 2000),
 - les soins infirmiers (pratique des cathéters veineux centraux, hémovigilance, soins palliatifs dans les services, évaluation du dossier de soins),
 - la pharmacie (dépôt dans les unités de soins, dates de péremption, utilisation des ordonnances nominatives, contrôle des gaz médicaux),
 - la stérilisation (surveillance des autoclaves),
 - le laboratoire (contrôles de qualité nationaux et obligatoires, contrôles de qualité complémentaires, évaluation externe de la qualité en immuno-hématologie).
- b) Un suivi de l'écologie bactérienne est réalisé deux fois par an et présenté en séance de comité de lutte contre les infections nosocomiales. Au sein de l'établissement, des contrôles de qualité de l'air, de l'eau et des surfaces sont réalisés. Les résultats servent de base à d'éventuelles modifications des pratiques professionnelles.
- c) Certaines infections sont particulièrement observées (bactéries multi-résistantes) et font l'objet d'un suivi entre le laboratoire, l'infirmière hygiéniste et les services de soins. Les déclarations d'infections nosocomiales sont étudiées en comité de lutte contre les infections nosocomiales.
- Une épidémie de concernant les hospitalisations avec un long séjour a déclenché en 1997 un processus d'alerte et a fait l'objet d'une procédure de prise en charge.

Suite aux résultats positifs des prélèvements de surface, une modification du planning de nettoyage a été réalisée en stérilisation et en cuisine. Un contrôle réalisé par le responsable des cuisines et l'infirmière hygiéniste a été mis en place. Suite aux résultats de prélèvements d'eau, un protocole de désinfection des fontaines à eau, des points d'eau, des postes de nettoyage des mains est en cours.

Les améliorations doivent porter sur :

- la prise en compte des modalités d'organisation de la prise en charge des patients dans les projets médicaux 2000-2005,
- l'accueil administratif 24h/24 comme objectif,
- l'organisation des entrées directes des personnes âgées dans les services de moyen séjour gériatrique pour une meilleure prise en charge des personnes,
- la construction d'un local d'hygiène pour les plus démunis de la ville,
- la poursuite ou la mise en place de projets d'éducation du patient (maladies cardiovasculaires, maladie alcoolique, diabète),
- l'amélioration de l'information du médecin traitant en ce qui concerne l'évolution de l'état de santé du patient et sa sortie prochaine,
- la généralisation à tous les services de soins de l'ordonnance nominative,
- la poursuite d'une uniformisation des modalités d'administration de certains médicaments utilisés dans tous les services,

- la désolidarisation du diagramme de surveillance et de soins infirmiers post-opératoire de la feuille de traçabilité, permettant ainsi d'être inclus dans le dossier de soins infirmiers afin d'éviter des retranscriptions par l'infirmière,
- l'amélioration de la feuille d'anesthésie pour la prémédication (nom des médicaments pré-imprimé avec cases à cocher par le médecin anesthésiste; identification de l'infirmière réalisant la prémédication ainsi que l'heure de l'administration),
- la transmission systématique des renseignements cliniques au laboratoire,
- la suppression de l'identification d'un prélèvement de patient «à risques »,
- l'inscription du numéro d'hospitalisation sur toutes les demandes d'analyses biologiques pour permettre la transmission des résultats,
- le développement des contacts avec les infirmières de ville pour les patients présentant des cas particuliers (prise en charge lourde, soins palliatifs ou patients porteurs de bactéries multi résistantes),
- le délai d'information du médecin traitant lors du décès d'un patient,
- la mise en place d'un dispositif d'évaluation pour les procédures déjà élaborées,
- la réfection de l'accès aux locaux mortuaires.

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

Le projet d'établissement élaboré en 1995 est achevé sauf pour ce qui concerne la restructuration de la maternité et la réfection des urgences (création de 5 lits «portes») qui doivent intervenir très prochainement. Il a été mobilisateur. L'élaboration du prochain projet d'établissement n'est pas encore lancée mais s'appuiera sur les acquis de la démarche qualité. Davantage centré sur le projet médical articulé sur les besoins du bassin de vie, il utilisera les propositions des conseils de service, et comportera un axe formation.

Le protocole d'accord signé en janvier 1999 avec l'agence régionale d'hospitalisation a formalisé plusieurs engagements de l'établissement concernant :

- la sécurité anesthésique, les vigilances sanitaires,
- la stérilisation centrale, l'hygiène, les infections nosocomiales,
- la coopération avec d'autres établissements dans les domaines de la cardiologie, des soins de suite, de l'alcoologie, de l'ophtalmologie,
- l'éducation et la prévention en maternité, les soins palliatifs,
- la participation au développement de prises en charge en ville.

Le conseil d'administration et les instances, dont les rôles sont bien définis, se réunissent régulièrement, et sont bien impliquées dans la définition de la politique générale de l'établissement ; la participation des professionnels est effective.

L'organigramme de la direction est établi et diffusé notamment dans les livrets d'accueil des nouveaux agents. Les relations entre la direction et la commission médicale d'établissement sont régulières et le corps médical participe à toutes les instances. Les créations de postes médicaux font l'objet d'un débat en commission médicale d'établissement. L'infirmier général faisant fonction de responsable du service des soins infirmiers, est fortement impliqué dans la démarche qualité et reconnu. Il réunit quatre fois par an les surveillantes et deux fois par an l'ensemble des cadres.

La communication, tant interne qu'externe, est structurée et s'appuie sur des supports de communication classiques (journal interne, livrets d'accueil) et modernes (messagerie électronique). La communication externe se concrétise en outre par la fréquence des réunions médicales qui sont organisées avec des médecins de ville dans l'enceinte de l'établissement.

La stratégie financière pluriannuelle de l'établissement est adaptée et comprend un rattrapage pluriannuel des rémunérations. La politique budgétaire associe la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement pour déterminer les priorités et notamment les propositions de créations de postes.

Une commission de suivi budgétaire participative examine les dépenses médicales. Chaque chef de service reçoit une synthèse globale et l'évolution des dépenses de son service. L'établissement, au bord de la cessation de paiement il y a dix ans, s'est nettement redressé et conduit aujourd'hui ses travaux en autofinancement.

Les projets de services, élaborés de manière concertée, incluant les besoins en formation du personnel, constitueront un élément important du prochain projet d'établissement. Les conseils de service, mis en place cette année, avec une meilleure implication des médecins, doivent connaître leur plein développement dans les mois qui viennent. L'existence d'une pré-commission médicale d'établissement permet la participation de tous les médecins, temps partiel et praticiens associés contractuels compris. Les systèmes d'astreintes et de gardes sont en place, les règles de présence minimale sont définies en cas de grève. Au niveau soignant du personnel une astreinte ou garde d'un cadre infirmier de nuit serait une avancée.

Les échanges avec les autres secteurs d'activité se font par messagerie électronique, soit avec le laboratoire par l'intermédiaire de navettes et du logiciel spécifique, soit avec les autres établissements par des conventions de fonctionnement, notamment dans les disciplines non pratiquées dans l'établissement.

L'organisation des secteurs d'activité est connue des professionnels grâce au guide, à la taille de l'établissement et aux supports de communication. Les profils de chaque poste, validés par les responsables des secteurs d'activité, définissent les domaines de compétence de l'encadrement. Celui-ci est fortement impliqué dans la démarche d'amélioration continue de la qualité. Certaines compétences sont valorisées par des fonctions transversales (infirmière hygiéniste, référents en informatique, infirmière clinicienne pour l'endoscopie, etc.).

Les améliorations doivent porter sur :

- le prochain projet d'établissement bâti à partir des projets médicaux des services et intégrant des notions d'objectifs et d'évaluation,
- l'amélioration du fonctionnement des conseils de service (tout en accroissant le dialogue entre le corps médical et les personnels non médicaux),
- la définition d'indicateurs facilitant le travail du comité de suivi pluridisciplinaire.

1.5. Gestion des ressources humaines

Le centre hospitalier de Denain a élaboré des projets d'amélioration des conditions de travail dans le cadre des appels à projets régionaux en 1994, 1995 et 1996. Ces projets préfiguraient le projet social et s'intégraient dans la démarche qualité. En 1999, l'établissement a procédé à un recensement des besoins et attentes des personnels par service afin d'élaborer son projet social. Le projet social élaboré en août 2000, prochainement soumis aux instances, prendra place dans le futur projet d'établissement, et définit notamment :

- les procédures d'accueil des personnels, stagiaires et autres ; les fiches de postes,
- les tableaux d'effectifs par service et par équipe, ainsi que le service minimum,
- la procédure de recrutement,
- les modalités d'élaboration du plan de formation continue,
- les procédures de la promotion professionnelle,
- les règles relatives aux accidents du travail et aux accidents d'exposition au sang,
- les principes du « concours annuel d'idées innovantes ».

Le projet social reprend l'organigramme connu du bureau chargé des ressources humaines. Cet organigramme a été validé par les agents eux-mêmes. Les fiches de postes définissent quant à elles, les fonctions et les compétences de chacun. Les responsabilités sont clairement identifiées. Le recrutement relève de l'autorité du directeur après avis du chef de bureau responsable des ressources humaines ou du responsable du service des soins infirmiers (*pour les recrutements intéressant les services de soins*). Les remplacements, l'affectation des stagiaires (*après concertation avec les centres de formation*), la mise en stage sont du ressort du chef de bureau responsable des ressources humaines.

Les instances représentatives du personnel sont réunies à périodicité définie. Le règlement intérieur de l'établissement définit la composition, les compétences, les attributions et le mode de fonctionnement des différentes instances. Le comité technique d'établissement et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se réunissent régulièrement. Il existe une procédure d'urgence pour débattre des actions de formation continue nécessitant une réponse rapide voire immédiate. Toutes les instances représentatives du personnel sont consultées sur les sujets relevant de leurs compétences et émettent un avis, qui est pris en considération. Les différentes instances sont impliquées dans les décisions et/ou les orientations politiques de l'établissement.

Les indicateurs suivis sont la comptabilisation du nombre de réunions des instances représentatives du personnel et de leurs attributions, le respect de la consultation bi-annuelle des agents lors des réunions d'amélioration des conditions de travail et la prise en compte des demandes justifiées.

Les besoins de formation continue des agents sont définis en conseil de service là où les conseils existent (la généralisation est en cours). Les conseils de services classent les demandes par ordre prioritaire. En général, la commission de formation continue respecte les choix prioritaires.

La commission médicale d'établissement, qui se réunit plus que ne l'exigent les textes, exerce pleinement ses compétences, est organisée en sous-commissions et est consultée sur les questions relevant de ses missions. Elle donne un avis à chaque renouvellement de fonction des médecins, se prononce sur chaque candidature lors de la publication de postes vacants et émet un avis transmis aux autorités compétentes. La commission médicale d'établissement définit un programme de recrutement pluriannuel. Mais, elle ne se prononce pas sur le plan de la formation médicale. Les demandes individuelles de formations sont adressées directement au directeur. Les praticiens hospitaliers et les autres médecins sont régulièrement informés du contenu des enseignements post-universitaires et y sont invités tout comme les médecins généralistes et/ou spécialistes de ville du secteur sanitaire.

Les formations de longue durée (par exemple promotions professionnelles) sont planifiées et les remplacements envisagés de longue date. Quant aux absences imprévues, les remplacements se font au cas par cas, l'établissement n'ayant pas à ce jour de pool de remplacement. Les variations quantitatives des effectifs ont déjà pris en considération les pics d'activité dans l'organisation du service. Des études de charge de travail ont été conduites, mais sans suite en terme de pool de remplacement. Elles sont restées un simple constat faute de capacité de renforcement d'effectifs.

La promotion professionnelle pour certaines catégories de personnel est envisagée en fonction des départs en retraite, notamment pour les aides soignantes. Une politique de promotion professionnelle pour les agents des services hospitaliers a été adoptée. La gestion prévisionnelle des effectifs a cependant permis de réaliser la formation ou le recrutement en fonction des textes réglementaires imposant certaines normes de fonctionnement. C'est le cas par exemple pour les sages femmes en maternité ou les infirmiers aide-anesthésistes et infirmiers de bloc opératoire (au bloc opératoire), ainsi que des agents assurant le brancardage ou encore des agents de la stérilisation.

Les profils de postes, tous réalisés suivant le même modèle, servent de base aux sélections des candidatures, y compris lors des mutations. Ils sont communiqués lors des publications de postes vacants en interne et sont utilisés lors des présélections. Les agents ont eux-mêmes contribué à l'élaboration des profils de postes de leurs catégories. Les postes à pourvoir bénéficient ainsi d'une totale transparence quant aux compétences demandées et aux conditions de travail en vigueur. Les postes vacants sont publiés à la mutation interne, le profil de poste est joint à la note de service de publication.

Les dossiers des personnels comportent les pré-requis administratifs. Il y a vérification des conditions d'exercice des professionnels non médicaux. Les diplômes, attestations ou qualifications des médecins sont également vérifiés.

L'accueil et l'intégration des professionnels et des stagiaires font l'objet d'une attention toute particulière. Il existe plusieurs livrets d'accueil pour les personnels (pour les agents nouvellement recrutés, pour les contrats de remplacement d'été, pour les stagiaires).

Pour les agents nouvellement recrutés, la mission, l'organisation, les valeurs et la politique de l'établissement sont présentées lors de l'entretien d'embauche et dans le livret d'accueil. Le livret d'accueil, destiné aux nouveaux agents, rédigé par la commission du service infirmier et validé par le comité technique d'établissement, contient des informations utiles (accidents d'exposition au sang, politique du service de soins infirmiers, valeurs adoptées par le service infirmier, respect de la charte du patient hospitalisé, respect de l'intimité et de la dignité du patient). Des recommandations relatives aux accidents du travail et aux consignes générales en cas d'incendie apparaissent aussi dans le livret d'accueil du personnel hospitalier. Chaque nouvel agent est accueilli et reçu individuellement par le directeur.

Une procédure d'évaluation annuelle du personnel est en place. Le médecin chef de service et le cadre responsable du service évaluent ensemble le personnel hospitalier et établissent la notation. L'entretien annuel doit avoir lieu lors de la signature par l'agent de sa notation annuelle définitive arrêtée par le directeur. Cet entretien n'est toutefois pas systématique. La pratique varie selon les services et les chefs de service. Dans certains services, l'entretien annuel ou bi-annuel consiste en un bilan du travail effectué, mesuré par rapport aux objectifs fixés l'année précédente. Cette évaluation est pratiquée en psychiatrie mais doit être développée dans les autres services de soins. La commission du service de soins infirmiers souhaite développer la pratique de l'entretien individuel sous forme de bilan annuel assorti d'une définition d'objectifs et des besoins de formation.

La formation continue est une des préoccupations majeures du centre hospitalier. En effet, chaque année, les demandes excèdent les crédits alloués et nécessitent des choix. Une procédure de formation continue connue des agents a été mise en place. Les priorités de formation doivent être désormais définies par les conseils de service. Les agents émettent leurs demandes de formation suivant une procédure spécifique et une charte de formation continue adoptée par le comité technique d'établissement. Il s'agit de demandes de formations individuelles, conformes au projet médical ou du service. La plupart du temps, l'agent identifie ses propres besoins. Cependant, certaines formations sont organisées au plan institutionnel et sont obligatoires (sécurité incendie, hygiène, etc.). Par ailleurs, d'autres formations sont définies collectivement. La commission de formation continue du comité technique d'établissement respecte généralement les priorités des conseils de service. La formation continue permet une adaptation des agents aux nouvelles techniques et aux projets médicaux (soins palliatifs par exemple). Le projet d'établissement 1995/2000 arrive à son terme, les prochaines orientations médicales induiront des besoins en formation qu'il conviendra de prendre en considération. Par ailleurs, l'établissement a adopté une politique de promotion professionnelle de ses agents favorisant les promotions internes.

Pour chaque agent, le dossier du personnel est très complet, actualisé au fur et à mesure des événements de la carrière de l'agent. La confidentialité, la qualité et la sécurité des informations relatives au personnel sont bien assurées.

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail se réunit régulièrement et remplit son rôle. La secrétaire du comité, très motivée, fait des visites régulières dans les services et évalue les conditions de travail des personnels. Le centre hospitalier a déposé 3 contrats dans le cadre de l'amélioration des conditions de vie au travail (1994, 1995, 1996). Ces contrats ont été élaborés en concertation avec les instances de l'établissement après expression des besoins par les équipes. En 1999, un nouveau recensement des besoins et attentes des personnels a été réalisée. Ce travail a pris place à la fois dans le cadre de la préparation à l'accréditation et dans celui de l'élaboration du projet social. Les premières mesures correctrices ont déjà été arrêtées. Dans le cadre du projet social, l'ensemble du personnel a été consulté sur le thème de l'amélioration des conditions de vie au travail.

La gestion du temps de travail a fait l'objet d'une innovation: les agents souhaitant bénéficier d'horaires variables peuvent le faire sur la base du volontariat avec un système de badge. Plus de 50 % des agents ont librement adhéré aux horaires variables. Cette méthode constituera une base intéressante pour l'application future des 35 heures hebdomadaires dans l'hôpital.

Un projet d'enquête de satisfaction du personnel avait été proposé par la direction. Mais il n'a pas été validé par les représentants du personnel qui ont estimé qu'il pouvait mettre en cause des services ou des personnes. Une nouvelle formulation doit être proposée.

Un calcul des effectifs est réalisé afin de vérifier l'adéquation entre l'organisation préconisée et l'effectif réel. Si des évolutions sont nécessaires, le calcul des effectifs permet d'envisager les créations de postes pour permettre la mise en place du projet. L'effectif nécessaire pour mettre en place un projet nouveau ou simplement une réorganisation du service est alors édité.

La direction a adopté une politique de communication qui permet aux agents et aux cadres des services de s'exprimer sur les conditions réelles de fonctionnement de leurs unités.

Les améliorations doivent porter sur :

- une réflexion avec les différentes instances afin de déterminer les solutions envisageables convenant à l'ensemble du personnel pour assurer les remplacements, même de courte durée,
- la généralisation de l'entretien individuel annuel dans tous les services au cours de la notation et de l'appréciation,
- une formation des cadres à l'évaluation individuelle et aux techniques d'entretien,
- le développement des formations médicales continues avec une réelle concertation ou un plan de formation,
- la réalisation d'un nouveau questionnaire de satisfaction du personnel,
- la mise en place d'un bilan régulier des actions réalisées, en cours ou annulées.

1.6. Gestion des fonctions logistiques

- Les approvisionnements et les équipements sont adaptés aux besoins des utilisateurs. Ils font l'objet de procédures, fixant la fréquence et le type d'approvisionnement. La plupart des besoins sont évalués à l'année. Pour le choix des produits, la participation des utilisateurs est sollicitée. Mais, l'approvisionnement en situation d'urgence ou de dépannage est effectué pour tous les secteurs d'activité, par l'intermédiaire du cadre de garde, sans procédure écrite.
- Concernant les investissements et les travaux, les besoins sont identifiés par secteur d'activité une fois par an. Une étude des priorités et des choix est effectuée. Les acteurs concernés participent à cette réflexion. Le directeur établit ensuite son plan annuel d'équipement. Pour les demandes de travaux et de réparations urgentes, les secteurs d'activité utilisent la messagerie interne. Les besoins sont analysés très rapidement et les travaux sont programmés en fonction de leur caractère d'urgence effective. Une réponse rectifiant la prise en compte et enregistrement de la demande est systématiquement donnée. Les procédures d'alerte sont écrites et diffusées. Des contrats d'entretien et de maintenance pour la sécurité des bâtiments, équipements et installations sont établis. Les documents de suivi montrent que les remarques formulées par les organismes de contrôle et de vérification sont prises en compte. Concernant les fluides médicaux, les différents gaz sont correctement repérés, les circuits sont vérifiés et protégés.

Concernant la maintenance du matériel médical, la mise ou remise en service du matériel est confiée à un personnel qualifié. Selon la panne, la maintenance est confiée à un personnel qualifié extérieur. Chaque matériel est accompagné d'un document précisant les instructions, les utilisations prévues et les contre-indications. Des protocoles sont établis pour l'hygiène liée au matériel, la nature et la périodicité de la maintenance, les conditions d'intervention en cas de panne. Le remplacement du matériel immobilisé pour réparation est prévu.

- La fonction restauration est organisée selon la méthode d'analyse et de maîtrise des risques et points critiques avec respect des protocoles et contrôle des différentes étapes de la chaîne alimentaire. La cuisine fonctionne en liaison froide. Les règles d'hygiène sont définies et respectées. Les résultats d'analyses sont affichés et font l'objet d'actions correctrices. Les besoins spécifiques des régimes diététiques et la satisfaction des patients sont pris en considération (enquête de satisfaction des patients et du personnel au self).
- Le traitement du linge est effectué en interne. Les locaux et les équipements de la blanchisserie sont vétustes, cependant des travaux ont été effectués. Ils ont permis de réaménager l'espace. La séparation du linge propre et du linge sale est respectée. Le personnel change de tenue entre les deux circuits et respecte le protocole de lavage des mains. Le tri du linge est effectué dans chaque service, selon un protocole connu et respecté. Le circuit du linge contaminé est respecté (fermeture du sac dans la chambre). Cependant, il n'existe pas de local adapté dans les unités de soins pour permettre le stockage quotidien du linge sale. Le linge sale est évacué rapidement vers la lingerie. Le linge propre est stocké dans une armoire métallique, nettoyée tous les jours. L'approvisionnement en linge propre est fait selon une fiche de datation par service.

S'il existe un besoin spécifique, cette fiche permet le signalement à la lingerie qui gère les stocks quotidiens par service. En cas d'objets laissés dans les poches, un signalement est fait au cadre infirmier responsable du service concerné, pour responsabiliser le personnel.

- L'entretien des locaux du secteur propre de la lingerie est fait en fin de chaque journée, et les parties communes sont traitées par un agent du service de nettoyage. L'hygiène et le nettoyage des locaux sont effectués en interne par une équipe formée. Des protocoles sont établis, connus et appliqués. Le personnel a bénéficié d'une formation sur l'utilisation du chariot de ménage et des produits. Le personnel à contrat temporaire et les personnes en contrat emploi solidarité bénéficient également d'une formation sur les techniques d'entretien des surfaces. Il existe un protocole de nettoyage pour l'isolement septique. Un planning de nettoyage pour certains locaux est établi et contrôlé par l'infirmière hygiéniste.
- Le transport est assuré par une équipe centrale de brancardiers (formée à l'hygiène, la confidentialité et la manutention). Les dossiers des patients sont protégés pour respecter la confidentialité par des pochettes fermées. En cas de patient contagieux, un protocole relatif à l'isolement, prend en compte la protection nécessaire lors du transport. Un protocole traitera du circuit des patients porteurs de bactéries multi-résistantes. En externe, l'établissement travaille avec une société d'ambulances. Les mêmes règles d'hygiène, de confidentialité et de protection sont mentionnées dans le cahier des charges.
- L'élimination des déchets est sous-traitée par une société locale. Le tri des déchets est respecté dans les différents secteurs, selon des protocoles connus et appliqués, sous le contrôle de l'infirmière hygiéniste. Le personnel de l'établissement, chargé du tri et du transport a été formé aux procédures établies. En revanche, il n'existe pas de local adapté aux différents étages de soins pour permettre le stockage intermédiaire des déchets. Les déchets sont, de ce fait, évacués par les agents des services directement et le plus vite possible dans le local centralisé au sous-sol avant évacuation à l'extérieur par le service intérieur. La tenue de ce local fait l'objet d'évaluations régulières par l'infirmière hygiéniste.

Les déchets de soins sont évacués trois fois par semaine pour être incinérés. Les déchets ménagers sont compactés et désodorisés à l'extérieur. L'établissement a passé un contrat pour la sous-traitance de l'élimination des déchets toxiques avec un centre agréé (les déchets sont évacués une fois par an et stockés auparavant dans un local climatisé). Par contrat, une entreprise locale élimine les déchets anatomiques et une autre société les déchets argentifères. Une convention est passée avec l'association AIDES pour la récupération des seringues.

- La sécurité des biens et des personnes est assurée dans l'ensemble des secteurs d'activité. Les locaux sont fermés la nuit. La surveillance de nuit est effective. Il n'y a plus de problème d'insécurité ressentie dans l'établissement. Les médicaments sont stockés dans les armoires fermées à clé dans les services.

- En ce qui concerne la sécurité des personnes, le matériel de sécurité concernant les accidents d'exposition au sang est mis à disposition du personnel. Les mesures à suivre en cas de piqûre ou de blessure sont affichées dans tous les postes de soins. Les manipulateurs de radiologie se protègent par des tabliers de plomb et portent un dosimètre. Les boccas d'aspiration sont à usage unique. Il n'y a pas de manipulation inhérente à ce type de matériel contaminé. Le suivi des vaccinations du personnel soignant est effectué et tracé par le médecin du travail, seul le corps médical ne fait pas l'objet systématique de ce contrôle. Les brancards sont à hauteur variable. Le personnel dispose de moyens facilitant la manutention des patients. Le concours annuel d'idées innovantes a permis la réalisation et la création d'un lit pour l'échographie d'effort de conception locale et d'un brancard transparent de radiologie.
- Concernant la sécurité incendie, un dispositif de sécurité et de détection incendie est en place et connu des personnels. Il existe un protocole d'alerte en cas d'incendie, diffusé largement, affiche à l'appui. Le personnel a reçu une formation sécurité adaptée. Des exercices sont effectués par le personnel à des périodes définies, sous le contrôle des pompiers.

Les améliorations doivent porter sur :

- la mise en place d'une procédure écrite pour les réapprovisionnements en urgence,
- la lutte contre le tabagisme des professionnels, (source de risque incendie),
- l'uniformisation des exigences (respect de l'hygiène, confort du patient, sécurité, confidentialité) dans le cahier des charges des différentes sociétés de sous-traitance des transports externe et interne.

1.7. Gestion du système d'information

Une politique des systèmes d'information est définie et mise en œuvre.

1. Le système d'information est fondé sur un schéma directeur récemment élaboré, de manière participative, avec la collaboration de la direction, du service informatique, des représentants du département d'information médicale et du service qualité. Ce schéma directeur informatique n'est pas élaboré en cohérence avec le projet d'établissement en cours ; néanmoins, il est prévu que le projet d'établissement reprenne les modalités du schéma directeur existant dans sa prochaine version. Le schéma évolue actuellement en tenant compte de la mise en place d'une politique régionale des systèmes d'information, et d'un syndicat inter-hospitalier pour la gestion informatique. Le centre hospitalier participe au COREDIM (coordination des départements d'information médicale).
2. Le système d'information, mis en réseau, couvre l'ensemble des activités de l'établissement, afin de favoriser une approche et une utilisation coordonnées et efficaces de l'information. Des organigrammes sur le déploiement des logiciels sont formalisés et inclus dans le schéma directeur informatique. Ils concernent les services administratifs, médicaux, de psychiatrie extérieurs, et les services hôteliers, techniques et médico-techniques.

En ce qui concerne l'évaluation, des contrôles de cohérence sont effectués entre le département d'information médicale et le service informatique ; le service informatique réalise des contrôles périodiques sur la qualité des transmissions et des réceptions de résultats d'examens de laboratoire. Une évaluation du point d'indice synthétique d'activité, transmise au directeur, est réalisée par le département d'information médicale. Ce dernier collabore avec le service financier afin d'évaluer la cohérence des données. Des procédures spécifiques sont rédigées sur les contrôles du numéro permanent du patient.

Les mesures nécessaires à la protection de la confidentialité, à la sécurité des informations concernant les patients et au respect de leurs droits dans la gestion de l'information sont prises.

1. L'établissement est particulièrement sensible au respect de la protection et de la confidentialité des informations concernant le patient. Le travail accompli est multiple : rédaction de procédures, de règlements intérieurs, d'affiches, de chartes, etc.

Pour le système informatique, une affiche relative d'une part à la déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés, et d'autre part à l'accès aux données nominatives est affichée au niveau des accueils et des secrétariats médicaux. Pour le dossier du patient sous forme papier, des procédures ont été écrites, validées et diffusées, relatives à la sécurité des archives et du dossier ; un règlement intérieur des archives a été établi et diffusé à l'ensemble des services.

2. La sécurité des données au niveau des archives fait l'objet d'une procédure, de même pour le dossier patient. L'accès aux données est sécurisé par la mise en place de serrures à codes au département d'information médicale et aux archives. Au bureau informatique, les agents ont la consigne de fermer à clef systématiquement le local lorsqu'il est vide. Une sauvegarde informatique quotidienne est assurée, tous les 40 jours pour la sauvegarde générale.
3. Tous les traitements informatisés nominatifs sont déclarés à la commission nationale informatique et libertés ; les plus récents sont en cours de déclaration. L'engagement à respecter les règlements de la commission nationale informatique et libertés est porté à la connaissance de tous par voie d'affichage dans les secrétariats médicaux.

Un secteur d'activité chargé de l'information médicale (département d'information médicale) est en place pour organiser au sein de l'établissement le recueil et la gestion de l'information médicale.

1. Un responsable du département d'information médicale a été nommé en 1996. Des locaux lui ont été affectés ainsi qu'un personnel formé.
2. Les missions du département de l'information médicale ont été définies par la direction, après avis de la commission médicale d'établissement en 1991. Un règlement intérieur a été établi, et ses missions y sont définies.

3. L'utilisation des informations médicalisées est soumise à l'avis de la commission médicale d'établissement. Un rapport annuel sur le fonctionnement et les activités du département est rédigé par le responsable. Ce rapport est transmis à la commission médicale d'établissement et au conseil d'administration. Une procédure relative à la diffusion des données du programme de médicalisation du système d'information formalise cette disposition. La commission médicale d'établissement est régulièrement informée.
1. Le département de l'information médicale met en œuvre les actions nécessaires pour garantir et connaître la qualité des données médicales produites. Une procédure présente les différents contrôles de la qualité : contrôle de la qualité des données médicales produites par système d'information, contrôle de la qualité interne et externe. La traçabilité des contrôles de la qualité est archivée au département d'information médicale. Cependant, actuellement, les données traitées sont surtout administratives, et il n'y a encore que peu de données proprement médicales.

Le système d'information répond aux besoins des professionnels utilisateurs et fait l'objet d'une politique d'amélioration continue de la qualité.

1. Les besoins de tous les utilisateurs sont recueillis une fois par an, par l'intermédiaire d'un formulaire spécifique. Ces besoins sont ensuite validés par la commission informatique. Une enquête a ainsi été réalisée en juin 1999 sur l'avis et la satisfaction des utilisateurs. Devant le nombre important de réponses, le groupe qui a travaillé sur cette enquête a jugé nécessaire de mettre en place une commission pour analyser et résoudre les problèmes recensés. C'est par ce biais que la commission informatique a été créée et approuvée par la commission médicale d'établissement en octobre 1999. Un nouveau questionnaire vient d'être élaboré ; il sera bientôt diffusé à l'ensemble des agents hospitaliers ; les questions portent sur le matériel utilisé, les outils proposés, et sur le fonctionnement ; les réponses permettront des mesures correctrices au second semestre 2000.
2. Chaque dysfonctionnement du système d'information est recensé par le service informatique sur une feuille spécifique d'appel à chaque demande d'intervention. Cette feuille est remplie systématiquement : heure d'appel du service, interlocuteur, service en question, nature du dysfonctionnement, réparation effectuée et date de la réparation.
3. La création de la commission informatique contribue à l'amélioration permanente de la qualité du système d'information. Cette commission se réunit régulièrement. Y participent les personnes nommées, mais aussi les professionnels utilisateurs sur invitation. L'organisation de cette commission est formalisée dans un règlement intérieur. Les modifications prévues sur le système d'information sont recensées et hiérarchisées sur une période d'une année dans un « planning des modifications du système d'information » joint au schéma directeur informatique et soumis à l'approbation de la commission médicale d'établissement.

4. L'adéquation entre les besoins des utilisateurs et l'offre de service du département d'information médicale est particulièrement favorisée par la constitution de son équipe : une secrétaire médicale assure le lien avec la pratique de ses homologues des services ; un infirmier assure de même la liaison avec les équipes soignantes. Cela favorise l'intégration du département à l'établissement, selon une politique pédagogiquement efficace.

Les améliorations doivent porter sur :

- la poursuite de l'amélioration de la sécurité des données (confidentialité, mots de passe des utilisateurs),
- l'évolution annuelle du schéma directeur, les besoins des utilisateurs étant recueillis,
- la poursuite du développement du projet d'informatisation complet de l'établissement, du lit du malade jusqu'au dossier du patient.

1.8. Qualité et prévention des risques

La politique d'amélioration continue de la qualité a débuté en 1997 (avec antériorité sur les conditions de travail en 1994, 1995, 1996). Le projet du service infirmier élaboré à cette date a développé trois axes : satisfaction du patient, prise en charge du patient, évaluation des soins. Un dossier de soins infirmiers commun avec des transmissions ciblées a été mis en place.

La visite d'inspection sur la sécurité sanitaire diligentée par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales en décembre 1997 a mis le centre hospitalier en situation de contrôle et d'audit sécurité-qualité ; elle a eu un impact positif sur le personnel pour mener la politique d'amélioration de la qualité des soins dans l'établissement.

En réaction, l'établissement a créé un service de stérilisation conforme qui a, en février 2000, réalisé son manuel d'assurance qualité, et s'est mis aux normes en vigueur, par exemple pour l'anesthésie et la périnatalité.

Les instances représentatives, tant décisionnelles que consultatives, ont été impliquées dès le début de la démarche et y ont adhéré. Leur implication ainsi que celle forte de la direction est un des atouts majeurs de l'établissement. La méthodologie de la démarche s'est appliquée à impliquer toutes les catégories de personnels. L'adhésion volontaire de toutes les catégories de personnel (y compris leurs représentants syndicaux) et de plus en plus de médecins a permis à l'établissement d'évoluer rapidement vers une amélioration continue de la qualité partagée par tous. Le questionnaire de satisfaction des patients ainsi qu'une politique de communication avec les professionnels de santé de ville favorisent une meilleure prise en compte des besoins des « clients ».

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins comporte des objectifs mesurables dans le temps. Parmi ceux-ci, on peut notamment citer :

1. la prévention des infections nosocomiales accompagnée d'une surveillance des installations (eau, surfaces,...),
2. l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la confidentialité,
3. la mise en place du dossier de soins commun et des transmissions ciblées,
4. la mise en place des vigilances (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance),
5. la démarche méthode d'analyse et de maîtrise des risques et points critiques en cuisine (avec élaboration d'un manuel d'assurance qualité),
6. la mise en place d'une stérilisation centrale avec démarche qualité et manuel d'assurance qualité (aujourd'hui achevée et susceptible de demander sa certification),
7. la maintenance curative et préventive des équipements biomédicaux et installations techniques,
8. la démarche méthode d'analyse et de maîtrise des risques et points critiques en blanchisserie (en démarrage).

Un protocole d'accord a été signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation en janvier 1999. L'information des personnels a été assurée par différents supports. Une réflexion est menée pour envisager éventuellement par la suite une certification ISO 9002 de la cuisine et de la stérilisation.

Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et la prévention des risques sont bien identifiées.

Les besoins et la satisfaction des patients sont évalués grâce à un questionnaire de sortie général. Par ailleurs, différents questionnaires de satisfaction ont été réalisés : pour les consultations, les urgences, la restauration. Les plaintes sont traitées par la direction et l'infirmier général. Chaque plainte fait l'objet d'une réponse par le directeur. Certaines sont examinées en commission de conciliation, dont l'organisation et les conditions de saisine qui sont décrites dans le livret d'accueil remis à chaque patient. A la suite des plaintes et/ou réclamations, les actions correctrices ou préventives utiles sont décidées et mises en œuvre.

S'agissant des correspondants médicaux externes, une enquête téléphonique sur l'image de marque et l'attractivité a été réalisée auprès des médecins de ville par un consultant externe spécialisé. Le problème majeur mis en évidence par les résultats publiés en février 2000, résidait dans la méconnaissance de l'offre de soins du centre hospitalier. A cet effet, un guide pratique à l'usage des professionnels de santé et des correspondants hospitaliers a été édité pour les médecins de ville. Une politique de communication avec les professionnels de santé et les correspondants hospitaliers est en place. Un site Internet abritera prochainement le guide pratique et l'organigramme de l'établissement (projet 2000/2001).

Les processus essentiels à la sécurité des patients bénéficient d'une bonne maîtrise (transfusion sanguine, stérilisation, hygiène, maintenance, archivage des dossiers, tenue des dossiers, etc.). Les démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sont conduites dans les secteurs les plus divers de l'établissement. Ces démarches sont issues du personnel lui-même, avec l'aide technique et méthodologique de l'assistant qualité et managées par des comités de pilotage multidisciplinaires, puis présentées aux instances.

La composition de ces comités de pilotage est presque toujours identique.

Chaque secteur d'activité a élaboré des protocoles et des procédures. Les rédactions sont faites par une ou plusieurs personnes selon une trame commune. Le document, vérifié par une personne n'ayant pas participé à la rédaction, est généralement validé par une personne experte du domaine. L'assistant qualité apporte une aide technique et méthodologique.

Des protocoles et des procédures communs ont été créés (il y en a 640 à ce jour). Mais la formalisation des protocoles et procédures est récente. Des initiatives ont été prises dans certains secteurs d'activité pour évaluer l'utilisation, voire l'intérêt des protocoles et procédures. C'est le cas pour le dossier de soins, l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle, la stérilisation et l'hygiène. Une évaluation de type « coupe transversale » a été effectuée en mai 2000 pour évaluer la connaissance de l'existence des protocoles, de leur utilisation, de l'utilité et de la fréquence de leur consultation.

Il existe des procédures diffusées relatives au système documentaire : rédaction, présentation, codification et maîtrise des documents qualité. La diffusion d'informations réglementaires, médicales et scientifiques, est organisée pour l'ensemble des professionnels. La diffusion des documents qualité se fait par l'intermédiaire du réseau Intranet.

Des indicateurs sont utilisés, notamment en hygiène et lutte contre les infections nosocomiales (enquêtes de prévalence, taux d'infection du site opératoire). D'autres indicateurs ont été créés : surveillance des infections nosocomiales, analyses bactériologiques en cuisine, prélèvements de surface, surveillance de l'eau, surveillance de la conformité des charges en stérilisation, traçabilité des unités de stérilisation, taux de traçabilité des produits sanguins labiles, nombre de poches périmées, nombre de déclaration d'accidents d'exposition au sang, nombre de médecins traitants avertis du décès de leur patient dans des délais suffisants, nombre de médecins traitants avertis de la transfusion sanguine de leur patient.

L'établissement a mis en place un dispositif de signalement des événements indésirables depuis 1999, s'inscrivant dans une dynamique de prévention et de correction des dysfonctionnements. Les signalements sont écrits/reportés sur des fiches et analysés par la cellule qualité. Le système mis en place a d'abord bien fonctionné (nombreuses déclarations). Suite aux événements indésirables signalés, des mesures correctives ont été prises. Plusieurs secteurs et activités à risques ont été identifiés et, pour certains, ont déjà fait l'objet d'actions prioritaires : maternité, stérilisation, surveillance du risque infectieux, hémovigilance et sécurité transfusionnelle, information des patients, bloc opératoire, surveillance des surfaces, de la qualité de l'air et des circuits, cuisine centrale et liaison froide pour les repas, radioprotection, élimination des déchets contaminés, gaz médicaux, prévention des actes de malveillance, sécurité des biens, des personnes et des bâtiments, prévention des risques d'exposition au sang ou aux liquides biologiques.

On constate actuellement une diminution franche des déclarations. Les actions mises en place semblent avoir répondu aux attentes. Cependant, un document plus simple devrait être étudié, voire même une déclaration par messagerie informatique directement connectée aux responsables qualité.

Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer l'efficacité du programme de gestion de la qualité. En revanche, l'évaluation de l'efficacité des actions du programme de prévention des risques n'est aujourd'hui pas mesurée.

L'amélioration doit porter sur :

- le suivi des actions qualité mises en place et la poursuite de l'élaboration et de la mesure d'indicateurs.

1.9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'établissement a développé une politique de vigilances sanitaires. Les structures de vigilances ont été créées, et leurs missions sont précises, définies et organisées dans le respect de la réglementation. Les comités de vigilance sanitaire sont fonctionnels avec des responsables identifiés. Les réunions sont régulières. Le biologiste du laboratoire de biologie, prestataire pour le centre hospitalier, et un représentant de l'établissement français du sang de Valenciennes sont membres du comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance.

Les alertes sanitaires sont traitées efficacement, leur traçabilité est effective.

Différents protocoles sont validés et consultables sur le réseau intranet. Des programmes de formation pour la sécurité transfusionnelle ont été effectués ainsi qu'une évaluation des connaissances du personnel infirmier. Une seconde enquête doit avoir lieu afin d'améliorer les formations. Chaque nouvel(le) infirmier(ère) reçoit et remplit systématiquement cette évaluation. Des personnels référents doivent être désignés pour les vigilances dans chaque service. Le livret d'accueil des nouveaux personnels comprendra dans sa réédition la notification de l'obligation de signalement des incidents. L'utilisation des produits sanguins labiles fait l'objet de nombreux protocoles. Les patients reçoivent une information orale et écrite sur la transfusion et le médecin traitant avec la lettre de sortie. Les résultats de sérologie post-transfusionnelle sont communiqués à l'hémovigilant. Enfin, la permanence du fonctionnement du dépôt de sang est assurée 24h/24. Il n'est pas informatisé. La détermination d'indicateurs d'évaluation des vigilances est prévue, la mesure ne concernant aujourd'hui que le nombre de déclarations. La formation en pharmacovigilance et matériovigilance est identifiée comme un point à améliorer.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'introduction de l'obligation de signalement des incidents dans la prochaine édition des livrets d'accueil des nouveaux personnels,
- l'informatisation du dépôt de sang,
- la formation pour la matériovigilance et la pharmacovigilance.

1.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La maîtrise du risque infectieux est inscrite dans le protocole d'accord avec l'agence régionale d'hospitalisation et déclinée dans une politique coordonnée associant prévention, surveillance, communication, formation et évaluation. Les actions sont menées par le comité de lutte contre les infections nosocomiales et une équipe opérationnelle d'hygiène efficaces. Le comité associe les instances et les professionnels à la définition et à la mise en œuvre de la politique. Il établit un programme annuel fonction du bilan de l'année écoulée. Le président du comité est identifié, connu et reconnu de tous. Il est assisté d'une infirmière hygiéniste dynamique et active et des référents en hygiène. Un rapport annuel d'activité du comité est communiqué à la commission médicale d'établissement et aux services. L'établissement participe au réseau de surveillance du C-CLIN Paris-Nord et travaille notamment sur les infections du site opératoire et les bactéries multi-résistantes.

Une équipe opérationnelle, avec des référents hygiène dans les services, veille à l'application des recommandations du comité. La prévention du risque infectieux fait partie du plan de formation de l'établissement. Les personnels sont informés des résultats des enquêtes. Une formation en hygiène est dispensée à tout professionnel lors de son arrivée, par l'intermédiaire du référent hygiène du service et de l'infirmière hygiéniste.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales est consulté pour toute construction ou projet d'aménagement ; il travaille en collaboration avec le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail. Il existe une procédure d'isolement infectieux. Il n'existe pas de dispositif d'alerte connu et diffusé en cas d'épidémie. L'établissement a été confronté à une épidémie de gale qui a été correctement gérée selon ses dires, malgré l'absence de protocole. La conduite à tenir en cas d'épidémie mérite d'être formalisée et diffusée.

De nombreux protocoles visant à maîtriser le risque infectieux ont été élaborés, diffusés. Ils doivent faire l'objet d'évaluations et d'audits des pratiques. En ce qui concerne les patients, l'éducation à la prévention est laissée à l'initiative des services avec un membre du comité. Les règles d'hygiène sont appliquées (formation, application des protocoles et procédures). L'évaluation et la rédaction d'un manuel qualité de l'hygiène hospitalière reste à réaliser.

L'utilisation des antibiotiques est corrélée à l'écologie bactérienne de l'établissement. Les prescriptions des antibiotiques sont nominatives, les protocoles d'antibioprophylaxie actualisés, les dépenses d'antibiotiques communiquées chaque mois aux chefs de service. Le comité du médicament examine l'évolution de la consommation des antibiotiques.

Le programme de prévention est suivi par la médecine du travail (vaccination du personnel, mais la procédure est à revoir pour les médecins). En ce qui concerne les accidents d'exposition au sang, le matériel de sécurité est mis à disposition des personnels. Les protocoles sont diffusés et connus de tous, la marche à suivre en cas d'accident aussi. La présence d'affiches concernant la prévention des accidents d'exposition au sang est notée dans les unités de soins.

Une unité de stérilisation centrale, répondant aux normes en vigueur, assure la stérilisation des matériels. Un contrôle microbiologique des surfaces et des dispositifs médicaux (endoscopes) permet de vérifier l'efficacité des protocoles en place. Le comité de lutte contre les infections nosocomiales participe à l'élaboration des protocoles nettoyage/désinfection, notamment pour ce qui concerne les dispositifs médicaux et même au niveau de l'atelier d'entretien (maintenance préventive et curative de ces matériaux).

La présence de cahiers d'écologie est constatée dans les blocs opératoires. Le suivi des recommandations concernant la surveillance de l'environnement est mentionné par écrit. Cette surveillance est réalisée périodiquement. Une surveillance de la qualité de l'air est réalisée, de même pour l'eau. Des prélèvements bactériologiques sont réalisés en blanchisserie. La maintenance du matériel de bloc est réalisée par les services techniques, ainsi que le contrôle par le prestataire. Le personnel bénéficie de formations (aux bonnes pratiques, à la conduite des appareils).

Le personnel de cuisine travaille selon la méthode d'analyse et de maîtrise des risques et points critiques. Il existe une formation pluriannuelle pour ce personnel. La préparation des biberons est effectuée selon un protocole établi. Les préparations diététiques sont écrites et validées.

L'évaluation du programme est faite annuellement et diffusée aux différents services. Le bilan sert à l'élaboration du nouveau programme d'actions pour l'année suivante.

Les améliorations doivent porter sur :

- l'élaboration d'un protocole sur la conduite à tenir en cas d'épidémie,
- le suivi des vaccinations obligatoires pour les médecins par la médecine du travail,
- la poursuite de la mesure des indicateurs et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

2. SYNTHÈSE SELON LES TROIS ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

2.1. Satisfaction des besoins du patient

Le centre hospitalier de Denain démontre une connaissance et un respect global des droits des patients par tous les personnels. La motivation des personnels et de la direction pour poursuivre l'amélioration du respect des droits et de l'information du patient est forte. La communauté médicale conduit aussi une réflexion et des actions dans ce sens, notamment pour ce qui concerne le consentement éclairé. La prise en charge sociale est très développée. La qualité de l'accueil et de l'information du patient, objet d'attentions de tout le personnel, est reconnue par les patients dont l'évaluation de la satisfaction est permanente, évaluation qui intègre une réactivité de la direction et des services. La commission de conciliation est opérationnelle, l'écoute et le traitement des réclamations sont effectives (peu de plaintes à signaler). Les améliorations envisagées par l'établissement sont nombreuses et attestent de la dynamique d'amélioration continue de la qualité de l'établissement, notamment en ce qui concerne les droits et l'information du patient.

Concernant le dossier du patient, l'établissement a mis en place un dossier de soins unique avec un circuit bien établi et connu de tous. Cependant, des exceptions au dossier unique sont observées, elles nécessitent une réflexion sur leur légitimité. Des procédures détaillées sur la tenue et le circuit du dossier commun, la confidentialité, la communication au médecin traitant, existent et sont appliquées. L'accessibilité des dossiers 24h/24 est effective. L'évaluation du dossier du patient par les services de soins (contrôle semestriel par le médecin du département d'information médicale et le service des statistiques) est réalisée.

Concernant la prise en charge du patient, la politique mise en place implique fortement le corps infirmier et les médecins. L'accueil administratif, l'accueil aux urgences, les orientations des patients vers d'autres établissements sont bien organisées et efficaces. Le patient bénéficie d'une évaluation initiale et régulière de son état de santé et d'une prise en compte de ses besoins spécifiques. Une politique active de lutte contre la douleur est en place. La coordination entre les professionnels et les services est satisfaisante, la continuité des soins assurée. Le bon fonctionnement de la pharmacie, un laboratoire externe, mais très proche des services cliniques, participent aussi à la coordination et à la continuité des soins. La sortie du patient est plutôt bien planifiée et on note le rôle important joué par l'assistante sociale. L'accompagnement du décès et le respect des croyances sont effectifs. Les professionnels évaluent leurs pratiques.

2.2. Maîtrise des situations à risque

Suite à l'inspection sur la sécurité sanitaire réalisée fin 1997 par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, des actions correctrices majeures ont été réalisées. La sécurité des bâtiments, équipements et installations est assurée dans l'établissement. La maintenance des matériels et le suivi des contrôles sont satisfaisants. La sensibilisation des personnels à l'hygiène est forte. La démarche de la méthode d'analyse et de maîtrise des risques et points critiques est effective pour la restauration, et en cours pour la blanchisserie.

Les structures de vigilances sanitaires sont en place et opérationnelles. La traçabilité des produits et les alertes sont gérées de manière efficace.

Un dispositif de signalement des événements indésirables est opérationnel. Les informations traitées et analysées ont déjà conduit à des actions correctrices.

Une politique concertée, un comité de lutte contre les infections nosocomiales actif avec un président impliqué, assisté d'une infirmière hygiéniste dynamique et attentive, un programme d'actions précis, porté par des professionnels motivés, agissant tous dans la même direction, attestent de la maîtrise du risque infectieux. Parmi les résultats obtenus, on peut citer : les axes de la prévention, l'enquête annuelle de prévalence, l'évaluation de bonnes pratiques, la diffusion de fiches techniques, l'organisation efficace de la stérilisation centrale, l'interface efficiente avec la pharmacie, le suivi des recommandations et consommations d'antibiotiques, la maîtrise du risque infectieux lié à l'environnement, les protocoles connus de tous, le suivi du personnel (médecine du travail).

2.3 Dynamique de gestion de la qualité

La politique de l'établissement associe clairement l'ensemble des personnels et des instances au développement de l'hôpital et à la démarche d'amélioration continue de la qualité. La forte implication de tous les personnels, dans une région défavorisée, dans un établissement qui s'est redressé de manière spectaculaire depuis 10 ans (ce que confirme les patients depuis 3-4 ans) est à souligner. Le fonctionnement harmonieux et connu de toutes les instances, un climat social favorable, soutenu par une politique de communication interne et externe active et une évaluation régulière, sont aussi à noter. La commission de suivi budgétaire, le suivi par secteur d'activité des points d'indice synthétique d'activité réalisés et la gestion budgétaire rigoureuse de certains secteurs (pharmacie, services techniques, magasin, économat, service du personnel) permettent une implication des services consultés pour les investissements annuels. L'implication croissante des médecins dans la démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité doit s'accroître avec le fonctionnement des conseils de service en routine. L'évaluation de la réalisation des objectifs de l'établissement et des secteurs d'activité est réalisée à périodes définies. Un comité de suivi multidisciplinaire est chargé de la pérennisation de ce mouvement avec des restitutions régulières.

L'antériorité des programmes d'amélioration des conditions de travail, le projet social élaboré en août 2000, prochainement validé, l'organigramme fonctionnel de la gestion des ressources humaines, simple et efficace, les instances actives, les représentants des personnels motivés et impliqués, la politique de promotion professionnelle en lien avec une gestion prévisionnelle des emplois et des qualifications, participent à une amélioration continue de la gestion des ressources humaines dans l'établissement. Les profils de postes réalisés, connus, utilisés pour les recrutements internes et externes, la procédure d'accueil et d'intégration des nouveaux personnels et des stagiaires, la politique de formation continue complètent cette dynamique.

La démarche qualité est structurée avec des responsables clairement identifiés, et une information poussée du personnel quant aux objectifs poursuivis. Elle comporte la définition de nombreux protocoles et procédures, l'analyse des besoins et les attentes des patients, l'étude de la perception de l'image de l'établissement par des médecins de ville, la mesure d'indicateurs qualité. Les objectifs qualité ont été confirmés dans le protocole d'accord avec l'agence régionale d'hospitalisation en janvier 1999.

La dynamique d'amélioration continue de la qualité concerne aussi les prestations logistiques avec une véritable relation entre le client et le fournisseur.

Le système d'information s'appuie sur un schéma directeur, qui a été élaboré de manière participative, et une commission informatique, chargée de faire évoluer le système d'information et l'informatique de l'établissement. Le tout concourt à répondre aux besoins des utilisateurs et à mettre à leur disposition un outil informatique et une gestion documentaire opérationnelle qui participe pleinement à la dynamique qualité.

La politique qualité est en plein développement depuis 1997 avec l'implication des instances, du service de soins infirmiers et de son responsable, et la participation de tous les secteurs d'activité.

II DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

1. Recommandations formulées par le collège de l'accréditation

- Poursuivre l'amélioration de l'information donnée au patient par le corps médical et systématiser le recueil du consentement éclairé pour les actes invasifs.
- Poursuivre et évaluer la démarche d'amélioration de l'organisation du secteur opératoire, notamment la programmation des interventions, initiée à l'occasion de la création de la commission de bloc opératoire.

2. Échéance de la prochaine procédure et modalités de suivi :

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation, issus 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, considérant la dynamique qualité constatée, décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation et qu'il fait l'objet des recommandations spécifiques mentionnées ci-dessus.

Le délai de la nouvelle procédure aura lieu à l'échéance d'un délai de 5 ans.

L'établissement met en œuvre l'ensemble des actions correctrices préconisées et en assure le suivi en perspective de la prochaine procédure.