



COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION DU CENTRE HOSPITALIER DE LANGRES

**10, rue de la Charité
BP 190
52206 Langres**

Décembre 2002

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »	p. 3
PARTIE 1	
PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE.....	p. 8
PARTIE 2	
DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION	p. 10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	
I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p. 11
Synthèse par référentiel	p.11
II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION	p. 15
II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....	p. 15
II.2 Echéance de la prochaine procédure et modalités de suivi.....	p. 16

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

Le « compte-rendu d'accréditation » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

Ce compte-rendu présente les résultats de la procédure engagée par l'établissement. Pour en faciliter la lecture quelques informations vous sont proposées ci-dessous.

L'ANAES

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

Ses missions sont de :

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

I. QU'EST-CE QUE L'ACCREDITATION DES ETABLISSEMENTS DESANTE ?

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.

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

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

II. QU'APPORTE LA 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...).

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.

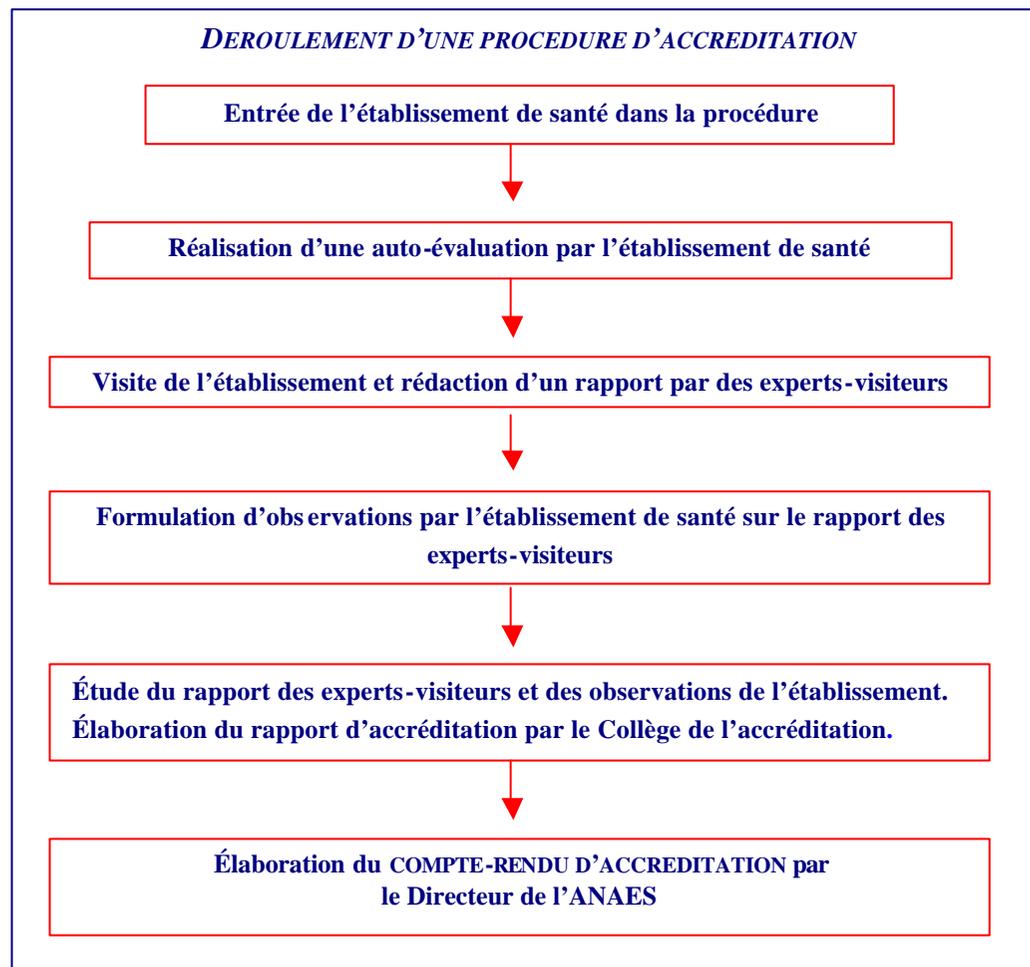
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 15 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.

Le Collège de l'accréditation établit un « rapport d'accréditation » qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

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



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION ?

Le compte-rendu d'accréditation contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure d'accréditation,
- les conclusions du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement.

Ces conclusions mettent en évidence une synthèse selon les 10 référentiels.

Dans ses décisions, le Collège de l'accréditation peut émettre :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement pour progresser sur des domaines précisés en perspective de la prochaine procédure ;
- des réserves : constat(s) d'insuffisances sur des domaines précisés et absence de dynamique de progrès ;
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité, sans qu'il y ait eu de preuves d'actions correctrices.

Les décisions du Collège de l'accréditation peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRECIATIONS	MODALITES DE SUIVI
Sans recommandation	Le Collège de l'accréditation encourage l'établissement de santé à poursuivre la dynamique engagée. La prochaine procédure d'accréditation est fixée à une échéance de 5 ans.
Avec recommandations	L'établissement de santé met en œuvre les mesures préconisées et assure le suivi des recommandations formulées par le Collège de l'accréditation en vue de la prochaine procédure dont l'échéance est fixée à 5 ans.
Avec réserves	L'établissement de santé produit un rapport de suivi ou fait l'objet d'une « visite ciblée » sur les sujets concernés dans un délai fixé par le Collège de l'accréditation.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

* *

*

Les comptes rendus d'accréditation des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.fr

PARTIE 1

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

La présente procédure d'accréditation concerne :

- **Le Centre hospitalier de Langres**, sis 10 rue de la Charité, BP 190, 52206 LANGRES.

Le Centre hospitalier de Langres est un établissement public de santé fondé au XII^e siècle, qui a connu au fil des années de nombreuses restructurations architecturales.

Il est le troisième établissement public du secteur n° 4 de la région Champagne-Ardenne constituée du département de la Haute-Marne et de deux cantons du département de l'Aube.

Le secteur sanitaire comprend 200 000 habitants. La zone d'attractivité du Centre hospitalier est une population rurale et vieillissante d'environ 45 000 habitants.

En secteur d'hospitalisation, 95 % des patients proviennent du département, 66 % ont plus de 60 ans.

Afin d'optimiser la réponse aux besoins de la population, une coopération du Centre hospitalier de Langres avec un établissement privé à but lucratif de 70 lits, avec signature d'un protocole d'accord en 1996, a pris effet le 1^{er} avril 1997. Les deux établissements conservent leur propre identité juridique.

Le rapprochement public-privé a entraîné un partage des activités. Le Centre hospitalier de Langres a cédé ses 42 lits de chirurgie à la clinique, en échange de 6 lits de médecine, 10 lits de moyen séjour, et a transformé 20 lits de maison de retraite en 20 lits de soins de longue durée. Le service des urgences reste au Centre hospitalier.

Pour gérer le plateau technique commun (bloc opératoire, salle de réveil, stérilisation centrale), un groupement d'intérêt économique est constitué avec mise à disposition du personnel et partage des frais.

En même temps, la radiologie du Centre hospitalier est concédée à une société civile professionnelle privée : location des locaux du service de radiologie, vente du matériel et mise à disposition du personnel qualifié.

Le groupement Centre hospitalier de Langres-clinique de la Compassion constitue le pôle de santé langrois.



La capacité en lits et places du Centre hospitalier est de 179 lits sanitaires répartis en :

- 73 lits et 2 places de médecine ;
- 18 lits de gynécologie obstétrique ;
- 21 lits de soins de suite ;
- 65 lits de soins de longue durée.

Par ailleurs, l'établissement compte :

- 93 lits de maison de retraite ;
- 26 places de soins infirmiers à domicile.

Le Centre hospitalier de Langres est constitué d'un site central et de deux établissements annexes : Claude-Gillot (proximité 400 m) et les Annonciades (100 m).

Il possède comme activités spécifiques :

- 1 service d'urgences disposant de 4 lits d'accueil et traitement et de 4 lits de surveillance continue, associé à un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 1 hôpital de jour de 2 places (oncologie, gastro-entérologie, cardiologie).

Le contrat d'objectifs et de moyens, signé en 1997, a permis à l'établissement d'effectuer une restructuration lourde des locaux d'hospitalisation et des anciens locaux rachetés de la clinique. Le dernier service réhabilité est le service des urgences, fin 2001.

Le projet d'établissement sera élaboré en 2002. Le projet médical intégrera des axes communs avec la clinique et l'établissement recherchera des complémentarités avec l'hôpital local de Bourbonne-les-Bains, le Centre hospitalier de Chaumont et les maisons de retraite du secteur sud-haut-marnais.

PARTIE 2

DEROULEMENT DE LA PROCEDURE D'ACCREDITATION

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du **20 avril 2001**.

Cette procédure a donné lieu à une autoévaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du **02 au 05 juillet 2002** par une équipe multiprofessionnelle de **4** experts-visiteurs mandatée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

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

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

Après avoir pris connaissance :

- **du rapport des experts, et plus particulièrement des modalités de réalisation de l'auto-évaluation et de la visite, de la mise à disposition des documents de synthèse sur la sécurité et du suivi des recommandations faites par les organismes de contrôle,**
- **des observations et informations complémentaires au rapport des experts fournies par l'établissement,**

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

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

I APPRECIATION DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

Les objectifs et la stratégie de l'établissement, au regard de ce référentiel, bien que définis, méritent d'être précisés en concertation avec l'ensemble de professionnels avant une diffusion généralisée.

L'engagement dans la mise en œuvre de ces objectifs est net au niveau des soignants ; l'engagement médical et administratif est moins franc.

Les actions d'amélioration reposent actuellement sur l'élaboration de procédures homogènes, sur l'information relative aux conditions de séjour et le respect des droits du patient, assurant leur traçabilité. L'évaluation est à mettre en place.

Les droits du patient concernant les modalités d'accès à son dossier ne sont pas diffusés.

I.2 Dossier du patient

Il existe une politique d'établissement sur la mise en œuvre d'un dossier du patient unique.

L'ensemble des professionnels administratif, médical et soignant, s'est engagé à l'actualisation de la structure, du contenu et de l'évaluation du dossier du patient.

Les actions d'évaluation et d'amélioration sont réalisées avec une antériorité limitée, ne permettant pas une évaluation fiable, compte tenu, d'une part, de la modernisation en cours du dossier du patient et, d'autre part, de la structuration récente du département d'information médicale.

L'établissement devra s'engager pour structurer et pour formaliser un circuit sécurisé et lisible d'archivage du dossier du patient.

Il est nécessaire de garantir la présence de prescriptions médicales écrites, signées, datées, identifiées, en évitant les retranscriptions.

La traçabilité de la réflexion bénéfice-risque doit être formalisée.

L'ensemble du personnel est sensibilisé à la prise en charge des besoins spécifiques des patients.

L'établissement devra mettre en œuvre une politique écrite des transmissions pour une meilleure coordination au sein des secteurs d'activité clinique.

Le recueil de l'identification de la personne à prévenir en cas de décès et de ses coordonnées est à organiser.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

L'établissement doit s'engager à définir, en concertation, et à diffuser une politique formalisée d'organisation de la prise en charge des patients.

L'accès par le hall central devra être sécurisé, surtout la nuit.

La politique de prévention du tabagisme n'est pas clairement identifiée et respectée dans les lieux de circulation et de soins.

L'implication dans la mise en œuvre de cette stratégie est actuellement particulièrement marquée au niveau des soignants ; elle est moins évidente au niveau des médecins et de la direction.

La dynamique d'amélioration continue, basée sur l'évaluation et donc les actions correctives, nécessite l'élaboration de protocoles de prise en charge et de suivi d'indicateurs.

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

Le Centre hospitalier de Langres ne dispose pas d'un projet d'établissement ayant associé les professionnels, validé par les instances et comportant des orientations hiérarchisées. Des organigrammes actualisés de la direction et des secteurs d'activité ont été diffusés, mais les responsabilités ne sont pas encore connues des professionnels. Une politique financière et budgétaire associant les instances concourt à l'atteinte des objectifs de l'établissement. Celui-ci dispose d'outils pour piloter sa gestion, ceci malgré des transmissions périodiques d'informations aux secteurs d'activité. Cependant, une meilleure implication des secteurs d'activité à la gestion est, à ce titre, souhaitée par l'établissement. De même, il n'existe pas de formalisation suffisante des objectifs par secteur d'activité. L'établissement souhaite poursuivre et amplifier les actions de communication interne et externe pour faire partager la politique de l'établissement et permettre une meilleure implication des responsables des secteurs d'activité. Il est également envisagé, après le projet d'établissement, l'élaboration de projets de service et la déclinaison de programmes d'objectifs dans tous les secteurs d'activité.

Un engagement marqué de la direction de cet établissement sera nécessaire pour accomplir les progrès souhaités et pour dynamiser le management des secteurs d'activité.

I.5 Gestion des ressources humaines

Malgré l'absence de projet social et de direction des ressources humaines, l'établissement souhaite améliorer les conditions de travail. Il veille à leur intégration, à leur formation et gère au mieux leurs compétences afin de les adapter aux besoins de santé de la population.

Le règlement intérieur des différentes instances est à rédiger.

L'établissement doit généraliser la rédaction des profils de poste et des fiches de fonction dans tous les secteurs.

L'accueil des nouveaux personnels reste à formaliser.

L'entretien annuel d'évaluation est à organiser, après avoir formé les cadres à l'entretien. Les enquêtes de satisfaction des personnels ne sont pas mises en œuvre actuellement.

La communication interne d'informations sur le fonctionnement et les projets doit être développée entre les différents secteurs d'activité.

Il n'existe pas d'indicateurs de suivi de la gestion des ressources humaines.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Depuis l'auto-évaluation, l'établissement a mis en place des objectifs d'amélioration avec un échéancier et des indicateurs.

Certains d'entre eux ont déjà été réalisés (achats de chariots à linge, contrôle bactériologique des surfaces nettoyées...).

L'établissement est convié à mettre en place un planning annuel de maintenance des bâtiments et des installations.

L'établissement devra mettre en place une analyse des besoins pour satisfaire les patients.

Le contrôle périodique de l'efficacité du nettoyage des locaux, son suivi, ainsi que des évaluations régulières, seront mis en place.

La procédure de conservation des biens des patients doit être rédigée.

Une formation incendie doit impérativement être organisée pour tout nouveau personnel.

I.7 Gestion du système d'information

Le Centre hospitalier de Langres n'a pas formalisé une politique pour son système d'information. Son développement, ainsi que celui de l'informatisation qui en résulte, ne sont en effet pas fondés sur un schéma directeur élaboré de manière participative et en cohérence avec un projet d'établissement. Celui-ci est en cours de développement.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Le Centre hospitalier de Langres intègre progressivement des exigences qualitatives dans ses démarches et dans ses projets. Des démarches qualité thématiques permettant d'évaluer des pratiques ont été développées de façon pluridisciplinaire. Des responsabilités concernant la gestion de la qualité et la prévention des risques sont identifiées. Dans le cadre du processus d'accréditation, la formation et l'assistance méthodologique des professionnels concernés ont été assurées. La visite a permis de constater une réelle dynamique d'amélioration. Suite à l'auto-évaluation, des actions correctives ont été engagées dans de nombreux secteurs d'activité.

La politique d'amélioration de la qualité et de prévention des risques de l'établissement mérite désormais d'être formalisée. La déclinaison de cette politique au travers d'un programme d'amélioration de la qualité et de prévention des risques comportant des objectifs et des indicateurs précis permettant son évaluation et sa communication périodique au personnel en sera dès lors facilitée.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'établissement a mis en œuvre une politique concernant les vigilances sanitaires.

Un programme d'amélioration et d'action est en place au sein de l'établissement.

Les différents correspondants de vigilance et le personnel soignant sont sensibilisés, informés à l'organisation des vigilances et à la mise en place des protocoles.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'établissement a mis en place depuis plusieurs années une politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

L'établissement devra évaluer la connaissance, l'utilisation et le respect des protocoles d'accidents d'exposition au sang.

Tout le personnel y est sensibilisé.

Il serait souhaitable que l'établissement s'assure du respect de la chaîne du froid pour le stockage des biberons. Le programme de formation du comité de lutte contre les infections nosocomiales prévoit :

- une formation des infirmières diplômées d'Etat et des aides-soignantes à l'hygiène et à la maîtrise du risque infectieux ;
- l'actualisation et la diffusion de certains protocoles ;
- l'évaluation des protocoles existants.

Le personnel manifeste la volonté de poursuivre la dynamique de surveillance, de prévention et de contrôle du risque infectieux.

II. DECISIONS DU COLLEGE DE L'ACCREDITATION

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

Assurer la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque et le recueil systématique du consentement du patient.

Formaliser les modalités de tenue du dossier du patient, et le circuit d'archivage, et optimiser son contenu afin d'améliorer la coordination et le suivi de la prise en charge.

Assurer le renseignement complet des prescriptions médicales et supprimer les retranscriptions.

Élaborer le projet d'établissement en formalisant notamment la politique d'organisation de la prise en charge des patients, en assurant l'évaluation de l'atteinte des objectifs définis et en impliquant l'ensemble des secteurs d'activité dans la gestion de l'établissement.

Mettre en place une politique de gestion des ressources humaines et une évaluation des personnels.

Évaluer les fonctions logistiques.

Élaborer, mettre en œuvre, et évaluer une politique du système d'information répondant aux besoins des utilisateurs.

Définir, mettre en œuvre, déployer et évaluer un programme de gestion de la qualité et de prévention des risques, en prenant en compte les besoins des patients.



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

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation issu des résultats de l'auto-évaluation, du rapport des experts consécutif à la visite sur site et des observations de l'établissement à ce rapport, le Collège de l'accréditation décide que l'établissement a satisfait à la procédure d'accréditation.

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

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

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