

Nouvel' H

La Revue d'Information du Centre Hospitalier de Colson - Juin 2003 - N°7

L'hommage à Dolly Beneta





Dolly BENETO a aimé la vie, une vie marquée par une suite de réalisations tout aussi importantes les unes que les autres. Les gens qui l'ont côtoyée ne l'ont pas oubliée. On se souvient d'elle comme d'une femme brillante, belle, chaleureuse, tenace, rigoureuse, parfois exigeante, ordonnée et passionnée, une excellente

collaboratrice par ses missions accomplies. Quel était le secret de ses réussites? "Beaucoup de travail et une grande part de générosité et d'amour de l'autre".

La qualité de son engagement, l'intensité de ses convictions et sa force de travail l'ont amenée au statut de faisant fonction de cadre infirmier au pavillon Charcot. La carrière professionnelle de Dolly BENETO a été des plus fructueuses. Elle débute sa carrière professionnelle en septembre 1968 en qualité d'Elève Infirmière Intermittente. Puis élève infirmière stagiaire au Centre Hospitalier de Sainte Anne à Paris, a obtenu le diplôme d'infirmier des Hôpitaux Psychiatriques à la Session d'octobre 1970, est nommée et titularisée infirmière à compter du 1er octobre 1970.

Elle devient donc agent du centre hospitalier psychiatrique Sainte Anne. Elle est placée en disponibilité pour suivre son conjoint. Elle entre le 19 décembre 1985 au Centre Hospitalier de Colson, elle effectue de nombreux remplacements au sein des Pavillons Morel 2, Morel 1, Clérembault 2, Pinel, Cabanis et Charcot.

Mme Dolly BENETO est recrutée par mutation au Centre Hospitalier de Colson en qualité d'infirmière de secteur psychiatrique à compter du 1er septembre 1991 et affectée au pavillon MOREL 1. Elle est affectée le 1er juin 2000 au pavillon CHARCOT.

Nous vous remercions pour l'exemple de compétence, d'efficacité, d'engagement, pour votre générosité à l'égard des services que vous avez côtoyés, vous avez tracé une voie... C'est pour cela que nous la communauté hospitalière du Centre Hospitalier de Colson, avec beaucoup d'émotion, garderont toujours ce « Dolly, nous ne t'oublierons pas ! »

Nous associons votre nom, qui reflète succès, persévérance et travail accompli, à nos grands objectifs. Dolly, vous êtes l'auteur d'une oeuvre qui grandit et grandira davantage. C'est pourquoi nous avons choisi de donner votre nom à la Salle des Commissions de l'établissement, lieu hautement symbolique.

A votre famille nous nous permettons de renouveler nos plus sincères condoléances.

**Le Président du Conseil d'Administration
Roger JEANNE**

SOMMAIRE

Sommaire	2
Editorial	2
Renouvellement de la Commission Médicale d'Établissement	3
Hommage à Madame Dolly BENETO « Dolly nous ne t'oublierons pas ! »	3
René Héloïse témoigne...	4
LE DOSSIER :	
L'ACCREDITATION	
Alexandra BITIER : Chargée de Mission Qualité nous en parle !	5
Qu'est-ce que l'accréditation ?	5
Certains intervenants nous racontent !	6 - 7 - 8 - 9
Dans les services	
Les points forts et les points à améliorer	10, 11
Actualités	12
Agenda	12

n° ISSN : 0183-133X

Diffusion gratuite - 500 exemplaires

Directeur de Publication : Patrice Beauvais

Comité de rédaction du N°7

Valérie GASQUET - Sylvie Nogard - Yannick DUBOIS - Eric EDMOND - René HÉLOÏSE - Armand LATOUCHENT

Pour tout contact : Valérie GASQUET

Service documentation du Centre Hospitalier de Colson

Tél. : 0596 59 29 00 poste 12.68

Email : colsondoc@sasi.fr

Maquette / Impression : Areborg : 0596 56 44 37

RENOUVELLEMENT DE LA COMMISSION MÉDICALE D'ETABLISSEMENT

Suite aux élections pour le renouvellement de la Commission Médicale d'Établissement, le lundi 7 avril 2003, s'est tenue une CME qui avait pour but d'élire le Président et la Vice-Président, ainsi que de désigner les représentants de la CME aux différentes commissions. Ces nominations se présentent comme suit :

Commissions réglementaires

Conseil d'Administration (C.A.)

Membres de droit

Dr EVEN

Dr LESOURD

Conseil d'Administration (C.A.)

Membres élus

Dr DAUGA

Dr DELLILES-

MANIERES

Comité Technique d'Établissement (CTE)

Dr POTIE

Comité d'Hygiène et de Sécurité
des Conditions de Travail (CHSCT)

Dr SLAMA

Comité de Lutte contre les Infections

Nosocomiales (CLIN)

Dr LONGUEFOSSE

Commission Activité Libérale

Dr GUILLARD

Commission Soins Infirmiers

Dr THEMINE

Autres Commissions

Commission Formation Continue

Dr BRICE

Commission SIDA

Dr SPINOSI

Commission Communication

Dr GUILLAUDAT

Dr CHARLERY-
ADELE

Dr URSULET

Commission Coopération

Dr DESBOEUF

Dr SPINOSI

Dr CANTERO

Dr PASCAL

Dr SLAMA

Dr PAGES

Commission Sexualité,
Institution Psychiatrique

Dr CANTERO

Dr BRUNOD

Dr MUGNIER

Mme Dolly BENETO

PORTRAIT - CARRIERE

Mme Dolly Louise BENETO est née MOUNDRAS, le 23 août 1947 au Morne Rouge en Martinique. Elle est la mère de trois enfants, Rinaldo né en 1967, Brigitte en 1969, Liliane en 1974.

Elle débute sa carrière professionnelle en septembre 1968 en qualité d'Elève Infirmière Intermittente.

Elle devient ensuite élève infirmière stagiaire au Centre Hospitalier de Sainte Anne à Paris. Elle obtient le diplôme d'infirmier des Hôpitaux Psychiatriques à la Session d'octobre 1970 pour être nommée et titularisée infirmière en octobre 1970.

Dolly est agent contractuel à la Préfecture de Paris, à la Direction de l'Administration Générale lorsque, l'érection en établissements publics de certains établissements psychiatriques de l'ex-Préfecture de la Seine, est prononcée par l'autorité préfectorale en 1971.

Elle devient alors agent du centre hospitalier psychiatrique de Sainte Anne. Elle est placée en disponibilité pour suivre son conjoint du 1er janvier 1982 au 31 décembre 1990.

Elle entre le 19 décembre 1985 au Centre Hospitalier de Colson, en qualité d'Infirmière Contractuelle où elle effectue de nombreux remplacements au sein des Pavillons Morel II, Morel I, Clérembault II, Pinel, Cabanis et Charcot.

Mme Dolly BENETO est recrutée par mutation au Centre Hospitalier de Colson en qualité d'infirmière de secteur psychiatrique de classe normale le 1er septembre 1991 et affectée au pavillon MOREL 1.

Elle est affectée en juin 2000 au pavillon CHARCOT. Mme Dolly BENETO faisait fonction de Cadre Infirmier, elle était très appréciée du monde, ses appréciations sont élogieuses de ses collègues.

« Bonne élève infirmière »

« Elève infirmière dévouée »

« Excellente infirmière, qui donne toutes satisfactions »

« Infirmière consciencieuse, très appréciée »

Déjà en 1976, « Bonne infirmière, peut bénéficier d'avancement accéléré »

« Bonne infirmière de nuit »

« Bonne infirmière travailleuse et dévouée, apte aux fonctions de surveillant »

« Très consciencieuse et dévouée, sens des responsabilités »

« Très bon contact avec les malades »

« Très bon travail »

« Excellente collaboratrice »

« Très bonne infirmière, très impliquée dans son travail »

« Très bon travail, Infirmière très appréciée »

« Excellente infirmière, toujours disponible »

« Excellente infirmière s'applique dans le travail bien-fait »

« Très bonne infirmière, qualités humaines remarquables..... »

Travailleuse appliquée, grande professionnelle, grande expérience qu'elle a su mettre au service des unités dans lesquelles elle a travaillé, grande sobriété, efficacité inégalable, gentillesse, générosité, disponibilité, tel est le portrait de Madame BENETO.



Dolly, on ne t'oubliera pas.

Notre collègue, Dolly BENETO, n'est plus.
Notre consternation fut et est encore très vive.
Dolly a trouvé la mort en plein exercice de son geste professionnel.

Une fois de plus, elle faisait montre de son souci du devoir d'excellence envers les patients.

Elle a fatalement succombé, très certainement étonnée, sous la violence des coups que lui a porté un patient.

Non seulement, nous ses collègues, mais aussi toute l'institution viennent de perdre, une infirmière modèle, exemplaire, qui a sans cesse prodigué aux uns et aux autres des qualités relationnelles et un sens éthique hors du commun, en même temps qu'une compétence indiscutable.

Dolly, a gagné de haute lutte, c'est à dire avec une endurance et un courage qui forcent l'admiration, son statut d'infirmière.

Il suffit de parcourir, dans son dossier, le cursus de sa carrière, ses nombreuses et diverses affectations pour se rendre compte de sa culture de l'effort, de l'abnégation et du sacrifice.

Il suffit aussi de considérer les appréciations élogieuses des Responsables de tous les services où elle a été affectée pour reconnaître l'évidence de sa compétence, de son éthique professionnelle et de sa vertu morale.

A ces appréciations élogieuses sont venues s'ajouter les éloges mérités que nous tous à Colson, n'avons cessé de verbaliser à son égard.

Infirmière exceptionnelle, sa disparition laisse dans notre institution un grand vide qu'il sera difficile de combler.

Mais, la tragique disparition de Dolly doit mobiliser en nous le souci d'une amélioration des conditions de notre geste professionnel.

Pas seulement au niveau des nécessités matérielles, des nécessités en matière d'effectif, mais encore et aussi en ce qui concerne l'exigence de structures aptes à faire que l'infirmier ou l'infirmière n'ait pas à gérer dans une expérience solitaire, les effets problématiques du transfert dans la dynamique relationnelle avec le patient.

Ce n'est pas là, une quelconque accusation de nos responsables de service, de notre encadrement professionnel et administratif, mais plutôt la volonté de faire signe vers l'urgence et l'exigence de se poser une telle question, afin d'y apporter une réponse ou une solution.

Dolly, tu nous a quittés, et tu ne cesses, ni ne cesseras de hanter notre mémoire, d'être une référence stimulante pour notre œuvre de soignants.

A ton époux Mérius, à tes enfants Rinaldo, Brigitte et Liliane, à tes petits fils, à ta petite fille, à tous tes parents, à tes proches nous adressons nos condoléances attristées, et nous leurs disons, qu ce n'est pas par simple rhétorique, encore moins par "convenance sociale" que nous répétons et soulignons :



**Alexandra
BITIER,
Chargée de
Mission Qualité
nous en parle !**



2003

est une année décisive dans la progression de la démarche qualité de notre Centre hospitalier.

Les enjeux de ce programme, sont majeurs :

- pour la qualité et la sécurité de la prise en charge de nos patients,
- pour l'amélioration de nos conditions de travail,
- et pour l'image et la réputation de notre établissement.

La sécurité à l'hôpital en particulier, est un sujet d'actualité brûlante. La disparition tragique de notre collègue le 21 mars dernier rappelle la gravité des risques auxquels l'ensemble de notre communauté hospitalière se trouve exposé et la nécessité d'apporter rapidement des mesures préventives.

Tout au long de la période 2003-2004, des actions d'amélioration et de maîtrise des risques, seront conduites. Elle viseront notamment à rétablir la confiance des usagers et des professionnels, dans l'organisation hospitalière, grâce à la vérification de procédures à même de garantir la qualité et la sécurité des pratiques professionnelles. C'est tout le sens de la procédure d'accréditation, dont la visite a été programmée en 2006.

La mobilisation de tous les acteurs hospitaliers est essentielle pour le succès de cette démarche, étendue à l'ensemble des secteurs d'activité.

Pour tous ceux qui ont participé à l'étape de l'auto-évaluation et pour ceux qui ne se sont pas encore investis dans la démarche, il convient de rappeler sur les objectifs de la procédure d'accréditation et sur l'organisation du projet qualité du Centre Hospitalier de Colson :

QU'EST-CE QUE L'ACCREDITATION

L'accréditation de la théorie ...

L'accréditation est une évaluation de l'ensemble du fonctionnement et des pratiques d'un établissement de santé, par des experts extérieurs.

Elle vise deux objectifs :

- assurer la sécurité et la qualité des soins données au malade,
- et promouvoir une politique de développement continue de la qualité au sein des hôpitaux.

En application de l'ordonnance du 24 avril 1996, cette procédure est conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Elle est obligatoire. En France, plus de 3000 établissements sont concernés.

Les résultats des visites effectuées en terme d'évaluation, sont communiqués aux Agences Régionales de l'Hospitalisation compétentes. Les rapports sont par ailleurs rendus publics et accessibles sur le site web de l'ANAES* : www.anaes.fr. Ils détermineront de plus en plus, l'orientation des usagers, vers les différents circuits de prise en charge.

... à la pratique

Le Centre Hospitalier de Colson s'est officiellement engagé dans la procédure d'accréditation en novembre 2001. A cette occasion, la première visite des experts de l'ANAES* a été programmée à la fin 2006, après le transfert de l'hôpital de Colson, sur le site de Mangot Vulcin.

Dans cette optique, le projet « Qualité - Accréditation » du Centre Hospitalier est entré dans sa phase opérationnelle depuis Janvier 2002.

4 étapes :

1. état des lieux de l'établissement avec la détermination des points forts et des points à améliorer,
2. développement d'actions correctives, amélioration ou mise en conformité par rapport à la réglementation,
3. évaluation de l'efficacité des actions conduites face aux objectifs posés
4. mise en œuvre des éventuels réajustements nécessaires.

L'auto-évaluation est l'un des deux volets de la première étape. Conduite tout au long de l'année 2002, elle a permis de mettre en évidence des écarts par rapport aux bonnes pratiques indiquées dans le référentiel ANAES*. Neuf équipes

ont analysé le fonctionnement de l'hôpital par rapport à des objectifs de qualité à atteindre (référentiel accréditation), dans les 9 domaines suivants :

- Droits et Information du Patient (DIP),
- Dossier du patient (DPA),
- Organisation de la Prise en Charge des Patients (OPC),
- Management de l'Établissement et des Secteurs d'Activité (MEA),
- Gestion des Ressources Humaines (GRH),
- Gestion des Fonctions Logistiques (GFL),
- Gestion du Système d'Information (GSI),
- Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle (VST),
- Surveillance, Prévention et Contrôle du Risque Infectieux (SPI).

L'autoévaluation a été l'occasion d'identifier des dysfonctionnements et de dégager des pistes d'amélioration qui seront mises en œuvre à partir du 1er semestre 2003, dans une seconde étape.

La sécurité réglementaire

Parallèlement aux travaux de l'autoévaluation de l'ANAES*, les hôpitaux doivent s'assurer qu'ils respectent les dispositions réglementaires intervenant dans le champ de la sécurité.

En 2002, la cellule Sécurité a procédé à l'analyse détaillée du niveau de conformité de l'établissement dans les domaines suivants :

- sécurité d'utilisation des produits et vigilances,
- gestion du risque infectieux,
- activités de soins,
- sécurité des personnes et des locaux,
- fluides,
- gestion des déchets.

Le diagnostic de la sécurité réglementaire du Centre Hospitalier de Colson a été réalisé, grâce au concours de plusieurs professionnels, tels que : le Directeur, le Directeur du Service des Soins, le Pharmacien, l'Hygiéniste, le Responsable de la cuisine,

INTERVIEW

CERTAIN NOUS RACONTENT !

Auto-évaluation : bravo aux intervenants !

Médecins, Infirmiers, Personnels administratifs, Techniciens, Agents chargés de l'entretien, Cuisiniers, Ouvriers spécialisés, ASH, ... ou Directeurs ...

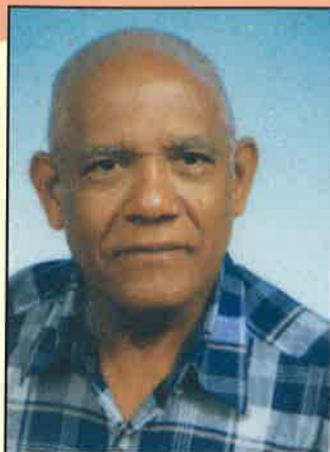
Vous étiez 192 à avoir donné un peu de votre temps pour analyser sans complaisance, l'organisation et le fonctionnement de vos secteurs d'activité respectifs aux regards des normes de bonnes pratiques de l'Anaes. Un grand bravo à tous ceux qui ont contribué au succès de la première étape de l'autoévaluation.

Certains ont accepté de témoigner et de répondre aux questions suivantes :

1. Dans quel état d'esprit, avez-vous abordé la première étape du projet Qualité-Accréditation (sentiment de crainte, d'enthousiasme, etc) ?
2. A l'issue des travaux de l'autoévaluation et du diagnostic de la sécurité réglementaire, quel regard portez-vous sur les démarches qualité et d'accréditation qui se développent aujourd'hui dans les hôpitaux ?
3. Les travaux entrepris dans cette première étape, ont-ils suscité chez vous certaines prises de conscience ? Lesquelles ?
4. Suite aux premiers travaux de l'autoévaluation, avez-vous changé l'organisation de votre travail ? Si oui, en quoi ?
5. Quelles sont vos principales attentes, après l'autoévaluation ? Quels sont les projets qui vous semblent prioritaires, de conduire, dans le cadre de cette démarche ?

Mr Albert FILA

Contremaître en
plomberie,
Services
Techniques



1.- J'ai spontanément participé aux réunions d'auto-évaluation et du diagnostic de la sécurité réglementaire, pensant retirer certaines informations et les porter aux autres, pour améliorer les choses, notamment dans le domaine de la consommation d'eau chaude, au niveau des différents services.

2. C'est une bonne chose. La procédure d'accréditation est même arrivée un peu tard, au sein de l'établissement. Si ce projet avait été initié bien avant, nous n'aurions pas connu cet hôpital vétuste tel que celui que nous avons eu pendant si longtemps.

3. L'une des prises de conscience suscitée à la fin de cette première étape réside dans la nécessité d'associer les professionnels concernés, à la détermination et mise en place des installations ou équipements adaptés aux besoins spécifiques de notre hôpital. Aujourd'hui, nous rencontrons certaines difficultés dans l'entretien des douches. Les mitigeurs collectifs qui régulent la température de l'eau chaude sont très fragiles et peu fiables. On a donc de l'eau chaude ou de l'eau froide. Après maints réglages par le personnel et les patients, les mitigeurs sont souvent déréglés, avec des risques de brûlures. Avec cette nouvelle démarche qui essaie de mobiliser et responsabiliser chacun des acteurs hospitaliers dans leurs domaines d'intervention respectifs, des casses, des remplacements pourraient être évités.

4. Non. Je m'assure néanmoins que tout ce que je fais, répond aux intérêts des patients et contribue à l'amélioration des conditions de travail des agents.

5. Je souhaiterais davantage de moyens – notamment humains – pour faire face aux difficultés et à l'augmentation de la charge de travail. Enfin, je pense que la priorité devrait porter sur la sécurité des hommes : patients et personnels.

M^{me} Romaine LIPSON

Cadre Infirmier - CMP
Hibiscus et Glacière -
Pedo Centre



1. J'ai abordé ce projet avec beaucoup de scepticisme. Car, l'état des lieux et surtout l'amélioration de nos pratiques, de notre organisation représentent un grand et difficile chantier.

2. Je pense que ces démarches sont tout à fait nécessaires. Dresser un état des lieux un jour donné, sur la base de normes de bonne conduite pour déterminer et s'engager ensemble vers des directions clairement perçues par tous, est fondamental pour que nos pratiques évoluent. Je crains cependant que ces démarches aboutissent à des organisations rigides, figées, ayant perdu leurs âmes. Ces craintes viennent des échos qui me sont parvenus au sujet du système hospitalier canadien, où les infirmiers sont soumis à de plus en plus de contraintes, de normes, de codes. Il ne faudrait pas tomber dans l'excès inverse.

3. Oui. L'exposé des dysfonctionnements dans la première étape m'a fait prendre conscience que je n'étais pas la seule à connaître certaines difficultés. Les problèmes sont souvent partagés par des professionnels autrefois cloisonnés. Cette première étape m'aura de plus, permis de découvrir des défaillances où je n'en avais pas vu, quant aux aménagements ou locaux non sécurisés (balcon) ou quant à la tenue du dossier de soins. La pluridisciplinarité de l'équipe d'auto-évaluation, aura enfin favorisé les échanges d'informations entre professionnels de métiers différents, comme par exemple celles qui se rapportaient aux modalités d'archivage des dossiers sur l'établissement.

4. Oui. Ces premiers changements concernent notamment l'information communiquée aux patients et la tenue des dossiers : vérification de l'affichage de la charte des patients, contrôle des éléments devant être renseignés sur la page de garde des dossiers. J'encourage d'ores et déjà avant la mise en place de mesures institutionnelles, les différentes catégories de professionnels, à consigner par écrit leurs observations et à les regrouper sur un unique support.

5. Après l'auto-évaluation, mes principales attentes portent sur la mise en place effective d'actions d'amélioration, au plan matériel en premier lieu, même si de notables avancées restent à conduire au niveau des pratiques, du fonctionnement et de l'organisation de l'hôpital. La priorité devrait à mon avis, être accordée au volet de la sécurité des personnes (patients et personnels) qui engage le plus notre responsabilité.

Mr Sleiman DIB

**Cadre Supérieur
Infirmier - Secteur
Sud caraïbe**



1.- Avec beaucoup d'étonnement. La surprise est venue du fait que l'on s'est rendu compte à quel point nous n'étions pas en phase avec les objectifs posés par l'Anaes. J'ai également été très surpris par la précision des indications formulées par l'Anaes et par la qualité du travail de recensement des points de non-qualité que nous avons effectué en profondeur.

2.- Ces démarches sont nécessaires. Elles rappellent tous les jours, aux professionnels que nous sommes, la nécessité de se remettre en question. Elles nous obligent à aller de l'avant, pour tendre toujours plus vers la qualité. Néanmoins quelques réserves peuvent être avancées, à mon avis. En donnant la priorité aux droits et attentes des patients, les démarches qualité oublient les moyens devant être mis à la disposition des personnels appelés à fournir des prestations de qualité, et en premier lieu, les moyens visant à les protéger de tout danger potentiel. L'affirmation des droits des malades que reflète la charte des patients, l'interdiction de procéder à des fouilles sont autant de mesures qui viennent légitimement protéger les intérêts des patients, mais qui bloquent l'efficacité d'action des personnels, en les mettant parfois en danger. La disparition tragique de notre collègue ne peut que nous interpeller sur l'impérieuse nécessité de prévoir des mesures adaptées – au plan juridique notamment - pour garantir le droit à la sécurité des personnels exerçant dans les hôpitaux psychiatriques notamment.

3.- Oui. Cette prise de conscience se rapporte au décalage immense entre l'existant, la réalité de notre hôpital et les objectifs de bonnes pratiques précisées dans le manuel de l'Anaes. Et là, on se rend compte de la grande difficulté à atteindre ces normes, dans le domaine de la sécurité des personnes notamment.

4.- Oui. Plusieurs changements ont été initiés, depuis que je dispose des références, des critères Anaes. Des textes, des recommandations existent et nous devons nous efforcer à les appliquer. Le livret d'accueil est par exemple, systématiquement remis ou explicités aux patients nouvellement admis.

5.- Il faudrait avant tout que le personnel s'approprie la démarche. L'adhésion et la participation de l'ensemble de la communauté hospitalière sont essentielles pour la mise en œuvre et la progression de ce projet. D'autant que les retombées de cette démarche sont attendues sur le court, le moyen et le long termes, pour offrir aux générations à venir des soins de santé mentale de qualité.

Mme Alberte RENGASSAMY

**Secrétaire médicale
- Secteur Nord
Caraïbe**



1.- Je pense qu'elles sont nécessaires et même obligatoires, pour améliorer des conditions de prise en charge et de travail qui se sont fortement dégradées dans certains hôpitaux. C'est un travail de longue haleine, dont les résultats restent incertains. Il ne faut pas être pessimiste pour autant. Je souhaite que ce projet porte ses fruits.

2.- Le seul fait de participer aux travaux de l'auto-évaluation était déjà pour moi, le signe d'une prise de conscience des améliorations à porter dans tous les domaines : soins, administration, conditions d'hygiène, conditions d'archivage des dossiers, etc.

3.- Non, pas encore dans mon domaine d'intervention.

4.- J'attends principalement, un changement radical que ce soit au niveau des pratiques, du fonctionnement de l'établissement ou de l'entretien des locaux. J'attends en particulier une amélioration des conditions de travail, très mauvaises aujourd'hui, une meilleure prise en compte des doléances des agents, une meilleure communication entre l'administration et les services. Mais j'attends aussi un plus grand respect de l'autre dans sa fonction, entre collègues et vis-à-vis des patients. Tant qu'il n'y aura pas une remise en question de tout un chacun face à ses pratiques, ses comportements, je crois que nous ne pourrons pas tendre vers une amélioration.

**Mr Tony
BIEN-AIME
Infirmier CMP
Morne Rouge**



1. Mon implication aux travaux de l'auto-évaluation a été motivée par le désir de participer à l'évolution de notre établissement, de la psychiatrie, et de l'image généralement négative, qui leur est rattachée.

2. Ces démarches sont logiques et nécessaires. Parce qu'elles nous invitent à nous pencher sur nos pratiques, sur notre fonctionnement, pour donner un plus à la santé mentale, pour démontrer que nous ne sommes pas le canard boiteux et que nous voulons compter dans le dispositif de santé en Martinique. Cette démarche intervient aussi un peu tard. Si nous avons déjà élagué certaines choses dans le domaine de la sécurité, peut-être que notre collègue serait encore avec nous ...

3. La prise de conscience a porté sur la nécessité de s'appuyer sur des textes, des normes ou des recommandations qui régissent nos pratiques, mais auxquels nous prêtions peu d'attention. Un exemple simple tient aux livrets d'accueil mis en place par l'établissement, communiqués aux CMP et qu'on ne distribuait pas systématiquement aux patients. Après l'auto-évaluation, nous savons aujourd'hui que la remise des livrets doit être systématique. Au-delà de l'affichage de la charte, nous avons aussi pris conscience de la nécessité que ses principes soient connus par les professionnels pour être appliqués.

4. Chez nous par exemple, des collègues ont agrandi la charte, qui pourtant était déjà affichée. Cet agrandissement est aussi le signe d'un autre regard posé sur le patient.

5. J'attends principalement après cette auto-évaluation, une communication forte sur :

- la mise à plat de nos pratiques, de notre fonctionnement, effectuée en 2002,
- les réponses qui vont prochainement être amenées.

L'axe de la communication est particulièrement important aujourd'hui pour vaincre des résistances au changement, pour infléchir des pratiques, des immobilismes qui existent, et pouvoir espérer changer l'image de notre établissement.

Enfin, la priorité devrait porter à mon avis, sur l'offre de soins, en particulier l'ouverture de structures d'accueil pour des individus ne relevant plus de la psychiatrie. Jusqu'à maintenant, l'hôpital de Colson - principal référent en santé mentale - n'a pas développé de réponses face aux nouvelles demandes de soins qui se sont profilées ces dernières années, en lien avec les co-morbidités et la gériopsychiatrie.

**Dr Nancy
PASCAL
Pédo
Psychiatre -
Pédo Nord**



1. Je me suis inscrite tout naturellement dans cette démarche que j'estimais nécessaire à la réflexion tant sur le sens de notre travail que sur les conditions de son exercice et de son adaptation à l'évolution de l'éthique et du respect des patients.

2. L'auto-évaluation bien conduite et l'analyse qui doit en découler, permet aux hôpitaux de poser un diagnostic fiable en ce qui concerne l'état et les moyens réels de leur fonctionnement vis à vis de la réglementation en cours.

Il devient plus aisé avec ces arguments concrets et clairement identifiés de défendre les moyens d'amélioration de la qualité des services fournis.

3. Ces travaux ont suscité en moi, la volonté et aussi de l'impatience à mettre en place des solutions opérantes afin de résoudre certains problèmes qui nous gênent au quotidien, par exemple les questions de l'accueil, de la confidentialité, de la sécurité, etc...

4. Ce qui a changé depuis ce travail d'auto-évaluation ? C'est une meilleure vision des objets à atteindre pour améliorer concrètement le service. Il nous faut à présent décider des étapes à assurer afin d'atteindre effectivement ces objectifs.

5. A l'issue de cette première étape de l'auto-évaluation, mes principales attentes sont ; l'utilisation à bon escient de ce travail, ce qui implique en préalable un patient et difficiles exercices de reformulation des données avec une lisibilité de l'analyse qui en sera faite.

Ainsi que le désir de voir cette évaluation déboucher sur des actions concrètes et concertées.

Les projets qui me semblent prioritaires, sont ceux qui concernent la réalisation d'un dossier patient, la mise en place de conditions appropriées pour la transmission et le suivi de ce dossier, son archivage, la gestion informatique.

DANS LES SERVICES

Droits et Information du Patient (DIP)

Points forts

Accès de tous aux soins (DIP 2).
Identification et respect des croyances des patients (DIP 6-7).

Points à améliorer

Distribution des livrets d'accueil aux patients (DIP 3-4).
Informations fournies aux patients enfants, quant à leurs traitements.
Intimité des patients hospitalisés, lors de la toilette (DIP 6-1).

Dossier du Patient (DPA)

Points forts

Traçabilité des éléments identifiant le patient (DIP 4-5).
Traçabilité des motifs d'hospitalisation et des conclusions de l'évaluation initiale de la situation des patients, dans les dossiers des secteurs adultes.

Points à améliorer

Traçabilité des choix diagnostiques successifs (DPA 4-5).
Traçabilité de l'argumentation des choix diagnostiques et thérapeutiques (DPA 4-5).

Organisation de la Prise en Charge du Patient (OPC)

Points forts

Développement en interne, d'un véritable circuit permettant la prise en charge des patients aux différents stades de la maladie : UAO, Unité d'Hospitalisation, CMP, CATT, AFT (OPC 3).
Continuité de la prise en charge lors du transfert du patient, entre les services d'hospitalisation et les structures extra-hospitalières (OPC 7).

Points à améliorer

Administration des premiers soins
Transfert du patient vers des structures appropriées, quand sa situation ne relève plus des compétences de l'établissement (OPC 3).

Gestion des Ressources Humaines

Points forts

Organisation de l'évaluation annuelle des personnels (GRH 7a).
Identification des besoins des personnels en matière de formation continue (GRH 8a).

Points à améliorer

Processus d'accueil des professionnels ou stagiaires nouveaux arrivants (GRH 6b).
Evaluation et suivi des actions de formation (GRH 8a).
Evaluation annuelle des conditions de travail (GRH 10a).

Gestion des Fonctions Logistiques

Points forts

Formation des personnels de la cuisine, aux règles d'hygiène alimentaire (GFL3).
Sécurité bactériologique des repas fournis par la cuisine centrale.
Suivi des patients sous tutelle.

Points à améliorer

Respect des règles d'hygiène lors de la distribution des repas.
Variété des menus et horaires des dîners (GFL 3).
Organisation des transports des patients (GFL 6).
Coordination tutelles – services de soins, dans la procédure de sortie des patients et suivi des patients relevant des tutelles extérieures (GFL8)

Gestion du système d'information

Points forts

Développement du Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI).

Points à améliorer

Exhaustivité des informations recueillies dans le cadre du PMSI.

Système d'information de l'hôpital insuffisamment sécurisé : aucun dossier papier (dossier des patients, dossiers des personnels) n'est aujourd'hui, informatisé (GSI 2).

Vigilances Sanitaires et Sécurité Transfusionnelle

Points forts

Mise en place d'un dispositif de vigilance sanitaire.
Identification du correspondant local de la pharmacovigilance.

Points à améliorer

Faible sensibilisation des soignants quant à leur obligation de signaler tout événement indésirable en relation avec l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux.

Surveillance, Prévention et Contrôle du Risque Infectieux (SPI)

Points forts

Conduite d'actions de prévention, de surveillance et de formation des professionnels à l'hygiène hospitalière.

Désignation de correspondants en hygiène, relais entre le CLIN et les services cliniques (SPI 1).

Mise en place d'un dispositif de prise en charge des personnes ayant été exposées au sang et aux liquides biologiques (SPI 7).

Points à améliorer

Communication sur le programme et les résultats de la politique de lutte contre les Infections Nosocomiales, vers les différentes directions, instances et services concernés (SPI 1).

Immunisation de tous les personnels exposés à des risques de contamination, selon le calendrier vaccinal en vigueur (SPI 7).

**Pour tous renseignements concernant
l'ANAES**



www.anaes.fr



ACTUALITÉS

Bientôt, les groupes de projet

17 groupes de projet devraient successivement voir le jour en 2003, pour conduire des actions d'amélioration sur des thèmes ciblés, correspondant aux priorités définies par la structure de pilotage de la démarche : le Comité de Pilotage Opérationnel.

Conduits par un binôme, les groupes de projet comporteront 6 à 10 membres, tous impliqués dans le processus concerné, pour une meilleure prise en compte de ses différents aspects. Les groupes de projet sont inter-hiérarchiques et pluri-professionnels.

Aussi, n'hésitez pas à vous inscrire au n° 59 29 01 ou au n° 59 29 00 poste 11 15.

Les thématiques qui seront développées cette année sont les suivantes :

1. Améliorer l'information fournie aux patients
2. Améliorer le respect des droits des patients
3. Améliorer l'architecture hospitalière
4. Améliorer la sécurité des biens et des personnes
5. Améliorer la confidentialité des informations relatives aux patients
6. Evaluer le respect des droits du patient. Gérer les réclamations et/ou plaintes des patients
7. Mettre en œuvre une gestion fiable des informations relatives aux patients
8. Améliorer la traçabilité de la démarche diagnostique et thérapeutique
9. Préciser les niveaux d'intervention et de responsabilité des équipes cliniques, en terme de recueil des informations initiales et continues
10. Renforcer la communication conduite auprès des professionnels, des usagers et du public
11. Améliorer l'accueil du patient
12. Identifier et prendre en charge les besoins spécifiques du patient
13. Améliorer la continuité des soins
14. Améliorer l'organisation mise en place pour faire face aux urgences vitales internes
15. Améliorer la coordination entre les services médico-techniques et les services de soins
16. Améliorer la planification et la coordination de la sortie du patient
17. Améliorer la gestion des protocoles diagnostiques et thérapeutiques.
Evaluer les pratiques et les résultats.

AGENDA

Début 2003

Définition et validation des plans d'actions d'amélioration de la qualité des soins par les Comités de Pilotage Opérationnel et Stratégique. Définition du programme de gestion des risques.

Avril – Mai 2003

Mise en œuvre du premier volet du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité des Soins (PACQ), en lien avec les référentiels. Lancement du programme de gestion des risques

Janvier – Juillet 2004

2ème volet du Plan d'Amélioration Continue de la Qualité au regard des référentiels. Poursuite du plan de mise en conformité de l'hôpital, par rapport aux normes de la sécurité réglementaire.

Septembre 2004 – Mars 2005

3ème volet du PACQ (Plan d'Amélioration Continue de la Qualité), en lien avec les référentiels. Suite du programme de gestion des risques hospitaliers

Juillet 2005 - Juillet 2006

Deuxième auto-évaluation et diagnostic de la sécurité réglementaire

Septembre – Décembre 2006

Visite d'accréditation