



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION
(SUITE À RAPPORT DE SUIVI)**

2^{ÈME} PROCÉDURE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NÎMES

**Place du Professeur Debré
30029 NÎMES CEDEX 9**

Mai 2011

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Mois et année du rapport de suivi : septembre 2010

Nom de l'établissement	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NÎMES	
Situation géographique	Ville : Nîmes Département : Gard (30)	Région : Languedoc Roussillon
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	CHU	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	Nombre de lits : 1392 MCO : 722 SSR : 110 Psychiatrie : 265 SLD : 295	Nombre de places : 218 MCO : 103 SSR : 36 Psychiatrie : 79
Nombre de sites (<i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i>)	4	
Activités principales (<i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	/	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoire, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc...</i>)	<ul style="list-style-type: none"> - Service d'accueil des urgences ; - Unités de réanimations et de soins intensifs, dialyse ; - Médecine nucléaire, radiothérapie – oncologie ; - Hôpitaux de jour gériatrique et psychiatrique. 	
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Certification ISO 9001- 2008 de l'unité de préparation culinaire.	

Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i>	Nombreuses conventions de coopération (conventions, GCS, réseaux...) avec les établissements publics et privés en régions Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes-Côte-D'azur notamment dans le cadre des urgences, de la périnatalité, de la cancérologie.
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Gard et départements limitrophes : 88 % ; Hors Languedoc-Roussillon : 8 %.
Transformations récentes <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	/

PARTIE 2

RAPPEL DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Certification avec suivi

Au vu des éléments d'appréciation mentionnés dans le présent rapport issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce

une certification avec suivi qui porte sur le point suivant :

- 16 b (La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée).

Ce point fera l'objet d'un rapport de suivi dans un délai de 4 mois.

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- 18 b (Une identification fiable et unique du patient est assurée) ;
- 19 d MCO, PSY, SSR, SLD (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge) ;
- 21 b MCO, PSY, SSR (Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge) ; 21 c MCO, PSY, SSR (La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée) ;
- 26 a PSY, SLD (La prise en charge de la douleur est assurée) ; 26 b PSY (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement) ;
- 31 a SSR (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées) ; 31 b SLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées) ; 31 c SSR (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte) ;

- 32 a MCO (Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles) ; 32 c MCO (Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives) ;

- 35 a PSY (La prise en charge pluri professionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives).

PARTIE 3

CONSTATS

Décision : 16 b La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.

Appréciation par la HAS de la situation de l'établissement compte tenu du rapport de suivi transmis par l'établissement

Rappel du critère indexé à la décision (<i>N° et libellé</i>) : 16 b La prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification des responsables	OUI	Le CHU de Nîmes dispose d'un service Sécurité Incendie, rattaché au Pôle Ressources Matérielles. Les responsables sont identifiés dans l'organigramme du manuel incendie. Ce service est composé de personnels qualifiés et spécialisés dans le domaine de la sécurité (SSIAP). Sur le site de Caremeau, un PC incendie est en place. Le numéro d'appel est disponible sur le portail informatique du CHU. 3 agents sont en permanence présents, répondant aux exigences du règlement de sécurité incendie. En cas de besoin, l'effectif est complété par le personnel du service sécurité des Biens et des Personnes. Sur les sites de Serre Cavalier, Ruffi et l'IFMS, un agent qualifié assure les missions de sécurité incendie. Sur le site du Grau du Roi, les missions de maintenance sont assurées par les services techniques, sous le contrôle du service Sécurité Incendie. Les personnes du service Sécurité Incendie disposent d'une tenue spécifique. L'organisation mise en place et les missions sont décrites dans le manuel « sécurité incendie », disponible en ligne via le portail	B	

		informatique du CHU.		
Programme de contrôle (contrôles internes et externes, à périodicité définie)	OUI	Les contrôles sont définis dans le règlement de sécurité incendie. Ils sont réalisés en interne ou font l'objet de contrats auprès de sociétés extérieures. Un calendrier annuel est établi. Un contrôle est également réalisé par les commissions de sécurité, à l'initiative de la commission départementale ou communale selon le classement des bâtiments soumis à ces visites. La synthèse des contrôles est consignée dans les fiches de sécurité sanitaire. Des rondes sont organisées sur le site de Caremeau ; elles visent à prévenir tout risque d'incendie et à vérifier le respect de la réglementation.		
Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes	OUI	Le pavillon 4 dédié à l'activité de psychiatrie était en attente de l'achèvement des travaux lors de la visite de certification. Le 19 février 2010 la commission de sécurité a notifié un avis favorable à l'établissement. Le pavillon 3, dans la même situation que le pavillon 4 lors de la certification, a reçu la visite de la commission de sécurité le 28 septembre 2010. Celle-ci a émis un avis favorable.		
Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels	OUI	Le programme de formation a été totalement revu suite à la visite de certification. Entre les deux premières visites de certifications un effort avait porté sur le nombre d'agents formés. Actuellement le CHU a choisi d'apporter une amélioration de la qualité et du contenu de la formation tant sur les aspects théoriques que pratiques. Dorénavant, deux sessions hebdomadaires ont lieu sur le site de Carémeau et une session sur un site annexe (Grau du Roi, Centre Ruffi, Site de Serre Cavalier). Chaque session compte entre 10 et 15 agents à former. Chaque session se déroule de 14h00 à 16h00 : la première heure est dédiée à de l'enseignement « théorique », suivie d'une heure de pratique avec manipulation d'extincteurs sur feu réel. Une salle a été identifiée afin d'accueillir la première		

		<p>partie de la formation, et être équipée de matériel informatique et de vidéo projection. Une aire extérieure a été aménagée pour la partie enseignement « pratique ». Tous les deux mois, une semaine est réservée aux personnels de nuit avec des sessions de 15h00 à 17h00. Les résultats attendus pour Carémeau sont de 740 à 1110 agents formés par an. Ceux des sites annexes sont de 370 à 565 agents formés par an.</p> <p>Une vaste communication auprès de l'ensemble des services du CHU a été menée ; l'organisation des groupes est à la charge du service formation de la DRH. Un fichier informatique, accessible par l'ensemble des cadres, leur permet de positionner les agents sur les plages horaires proposées, l'inscription valant convocation. Le jour de la session, il incombe aux cadres de détacher des services les agents inscrits. En cas d'absence d'un agent inscrit, le cadre doit, dans la mesure du possible, le remplacer par un autre agent du service.</p>		
Exercices réguliers de simulation	OUI	<p>Depuis 2007, le CHU a accentué la fréquence des exercices sur les différents sites (4 exercices en 2007, 13 en 2010), en privilégiant les sites annexes dépourvus de service de sécurité incendie dédié. Le responsable du service sécurité incendie élabore un planning annuel des exercices de simulation. Ces exercices visent à mettre en pratique les connaissances acquises lors des formations (ex : donner l'alarme, assurer une évacuation...). Depuis le début de l'année 2010, un partenariat a été instauré avec les sapeurs-pompiers, des exercices ont lieu avec leur participation (au 15 septembre, deux exercices ont déjà eu lieu sur des sites annexes, un troisième est prévu sur le site de Carémeau). Ces exercices sont suivis de compte-rendu avec analyse immédiate et définition de points forts et d'axes d'amélioration.</p>		

Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention	EN PARTIE	Depuis 2005, le service sécurité incendie intervient lors de la journée d'accueil des nouveaux professionnels. C'est l'occasion de leur présenter le service, ses missions et objectifs, et de connaître les consignes de sécurité à respecter. Un manuel de procédures retraçant l'ensemble des informations ayant trait à la sécurité incendie a été formalisé et est accessible en ligne par l'intermédiaire de la base documentaire institutionnelle informatisée. Le fond et la forme de la formation destinée à l'ensemble des professionnels ont été totalement révisés, et comprennent un enseignement théorique et pratique (cf. EA précédents). Sur l'ensemble des services du CHU des pastilles « 18 » sont collées sur tous les postes téléphoniques. La Direction Qualité Gestion des Risques, en partenariat avec la Direction des Soins, sensibilise les professionnels aux réflexes de sécurité incendie lors des visites de services pérennisées depuis l'autoévaluation. L'appropriation des protocoles par les personnels n'est cependant pas formellement mesurée.		
Recueil et analyse des dysfonctionnements	OUI	Au PC incendie, les dysfonctionnements relatifs à la sécurité incendie sont recensés sur une main courante et font l'objet d'un rapport. L'analyse des dysfonctionnements est inscrite dans le rapport d'activités. Les fiches d'évènements indésirables sont analysées lors du Comité d'Analyse des Risques. Une communication institutionnelle est réalisée en CHSCT, par la responsable Sécurité Incendie. Elle rend compte des incidents et des mesures prises. Une cellule de veille sécurité incendie, pilotée par la Direction des Travaux, a été créée. Elle vise à mettre en place une politique de gestion des risques en terme de sécurité incendie et de conditions d'accessibilité.		
Actions d'amélioration	OUI	Les actions d'amélioration prévues lors de la certification V2007 ont été mises en place :		

		<p>maintien, pérennisation et développement de la politique de formation et des exercices de simulation ; travaux de désenfumage dans les pavillons 3 et 4 de Caremeau (2009 – 2010). Dans le cadre de la nouvelle loi du 11 février 2005 et suite à l'arrêté du 21 mars 2007, les ERP doivent réaliser un diagnostic immobilier accessibilité avant le 31 décembre 2010. Le CHU a fait réaliser son diagnostic fin 2009-début 2010 par un cabinet extérieur.</p>		
<p>Dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme (affichage, livret d'accueil, rappel des règles en cas de non-respect, etc.) et aux autres causes d'incendie (produits inflammables, produits de laboratoire, risque électrique, etc.).</p>	<p>OUI</p>	<p>Des dispositions spécifiques vis-à-vis du risque incendie lié au tabagisme sont en place : Un comité de lutte contre le tabac a été mis en place et l'établissement bénéficie de l'intervention d'un service d'addictologie dynamique. Les affiches réglementaires relatives à l'interdiction de fumer sont déployées. La bonne diffusion de cet affichage est vérifié lors des visites de services réalisées conjointement par la Direction Qualité et la Direction des Soins. En psychiatrie, un espace fumeurs pour les hospitalisations sous contrainte a été créé. Une note est insérée dans le livret d'accueil du patient. Elle contient un test qui permet à tout fumeur d'évaluer son niveau de dépendance au tabac, et lui propose une aide au sevrage grâce à la délivrance de patches nicotiniques. Les patients se voient également proposer l'intervention de l'équipe mobile d'addictologie pour les accompagner dans leur sevrage. Pour les autres causes d'incendie : le stockage des produits inflammables a été pris en compte : par le groupe de travail sur le risque chimique (étude sur les surstocks, élimination des périmés) ; par l'acquisition de moyens de stockage adaptés, dans les laboratoires et pour le stockage des déchets (présence d'un local spécifique). L'entretien des espaces verts et boisés par le service des jardins, et la création de zones pare-feu, permet une sécurisation des sites où l'environnement naturel est</p>		

		important en matière de risque incendie (Serre Cavalier, Grau du Roi et Caremeau). Un travail en lien avec la commission de sécurité est réalisé pour les constructions neuves.		
--	--	---	--	--

PARTIE 4

DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent additif au rapport de certification issus du rapport de suivi, la HAS prononce la **certification**.

La HAS invite l'établissement à poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité sur les points suivants :

- 18 b (Une identification fiable et unique du patient est assurée) ;
- 19 d MCO, PSY, SSR, SLD (Le patient est informé de la survenue d'un événement indésirable grave lors de sa prise en charge) ;
- 21 b MCO, PSY, SSR (Le respect de la dignité et de l'intimité du patient est préservé tout au long de sa prise en charge) ; 21 c MCO, PSY, SSR (La prévention de la maltraitance du patient au sein de l'établissement est organisée) ;
- 26 a PSY, SLD (La prise en charge de la douleur est assurée) ; 26 b PSY (Le patient est impliqué et participe à la prise en charge de sa douleur, sa satisfaction est évaluée périodiquement) ;
- 31 a SSR (Les conditions de prescription des médicaments sont maîtrisées) ; 31 b SLD (Les conditions de dispensation des médicaments sont maîtrisées) ; 31 c SSR (Les conditions d'administration du médicament au patient garantissent la conformité à la prescription et la traçabilité de l'acte) ;
- 32 a MCO (Toutes les activités interventionnelles sont planifiées et organisées en concertation avec les professionnels des secteurs d'activité cliniques, en intégrant les urgences éventuelles) ; 32 c MCO (Les événements indésirables graves spécifiques aux secteurs interventionnels font l'objet d'un suivi régulier, d'une analyse et d'actions correctives et préventives) ;
- 35 a PSY (La prise en charge pluri professionnelle du patient associe les professionnels des secteurs d'activité clinique et ceux de la rééducation et du soutien ; l'information réciproque et la collaboration sont effectives).