

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

**2<sup>ÈME</sup> PROCÉDURE**

**CENTRE HOSPITALIER G.CLAUDINON**

**Rue Paul Langevin – BP.59**

**42501 LE CHAMBON FEUGEROLLES CEDEX**

**Novembre 2008**



**PARTIE 1**

**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre Hospitalier Georges Claudinon	
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : Le Chambon-Feugerolles <b>Département</b> : Loire	<b>Région</b> : Rhône-Alpes
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Etablissement public de santé	
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	Centre Hospitalier	
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	309 lits : 97 lits SSR (dont 26 lits de MPR - Rééducation fonctionnelle - autorisés depuis le 9 avril 2008), et hors champ certification : 174 lits EHPAD intra-muros et 38 lits EHPAD extra-muros.	
<b>Nombre de sites</b> ( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )	Mono-site	
<b>Activités principales</b> ( <i>par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i> )	SSR	
<b>Activités spécifiques</b> ( <i>urgences, soins ambulatoire, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc...</i> )	/	
<b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	/	
<b>Coopération avec d'autres établissements</b> ( <i>GCS, SIH, conventions...</i> )	CHU de Saint-Etienne, Centre Médical Argentière, ICL (Saint-Etienne), Centre Hospitalier Général de Firminy, Centre Médical Germaine Revel...	
<b>Origine géographique des patients</b> ( <i>attractivité</i> )	Chambon Feugerolles : 24%, Saint-Etienne et ses environs : 41%, La Ricamarie : 10%, autres cantons : 25%	

**Transformations récentes**

*(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)*

Signature d'une convention tripartite au 1<sup>er</sup> janvier 2006 : transformation de 164 lits de long séjour en EHPAD intra-muros (total 174 lits), maison de retraite en EHPAD Arc-en-Ciel (38 lits autorisés)  
1<sup>er</sup> janvier 2006 : Contrat de retour à l'équilibre budgétaire.  
1<sup>er</sup> janvier 2007 : Nouvelle Gouvernance  
1<sup>er</sup> mars 2007 : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2007-2011  
29 octobre 2007 : Projet d'établissement 2008-2012  
20 mars 2008 : Autorisation de 26 lits de Médecine Physique et de Réadaptation (Délibération n°2008/43 de la Commission Exécutive ARH du 9 avril 2008)

## PARTIE 2

---

### RAPPEL DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---

#### Certification avec suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce une certification avec suivi qui porte sur les points suivants :

- Définir une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques (06 a, b, c) ;
- Organiser et coordonner la gestion des risques (14 a, b, c, d) ;
- Organiser la prise en charge des urgences vitales (33 c).

**Un rapport de suivi** sera produit sur les sujets concernés dans un délai **de 11 mois** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

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

- Organiser l'évaluation des conditions de travail (03 c) ;
- Poursuivre la mise sous assurance qualité de la fonction blanchisserie (11 b) ;
- Mettre en place un système de management de la qualité (13 b, c, d, e, f, g) ;
- Mettre en place la coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques (15 d) ;
- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques (29 d) ;
- Formaliser la recherche du consentement éclairé dans les situations particulières et la traçabilité de l'information donnée au patient lors de la survenue d'un évènement indésirable dans sa prise en charge (31 f, d) ;
- Mettre en place une évaluation du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques (50 c).

**PARTIE 3**

**CONSTATS**

**Décision** : Définir une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques (06 a, b, c)

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

6a : La direction et les instances définissent les priorités et les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de gestion des risques.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Objectifs de la démarche qualité et la gestion des risques.	OUI	Les objectifs de la démarche qualité et gestion des risques ont été élaborés par le comité de pilotage qualité et gestion des risques et la Direction Qualité et GDR. Ils sont précisés dans un document institutionnel intitulé « La Politique Qualité et Gestion des risques du Centre Hospitalier Georges Claudinon ».	A	
Modalités d'élaboration et de hiérarchisation.	OUI	Le programme qualité comporte des objectifs hiérarchisés avec un échéancier de réalisation prévu jusqu'en 2009. Le rapport d'évaluation réalisé dans le cadre de la procédure de certification a servi de support à l'élaboration des grands axes directeurs de cette démarche.		
Implication de la direction, des instances et des professionnels.	OUI	Les objectifs ont été validés par le Comité de pilotage Qualité et Gestion des risques, ainsi que par le Conseil Exécutif, le Conseil d'Administration, la CME et le CTE. En outre, chaque pôle d'activité a choisi d'intégrer des objectifs Qualité dans son contrat de pôle.		
Communication sur les objectifs et priorités.	OUI	Les objectifs et les priorités sont diffusés dans les instances. Ils font également l'objet d'une note d'information à l'attention de l'ensemble des agents, d'une réunion d'information en séance plénière. L'établissement a également mis en place un bulletin d'information interne (transmis à l'ensemble du personnel, tous les 2 à 3 mois) dans lequel les projets de l'établissement sont explicités.		

**Décision :** Définir une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques (06 a, b, c)

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

6b : La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Implication du management et des instances.	OUI	Une sous-commission de la CME a été créée : la sous-commission EPP en octobre 2007. Cette sous-commission s'est réunie à deux reprises et a établi un programme des actions à poursuivre ou à réaliser sur 2008 et 2009, tant du point de vue des EPP individuelles que celles retenues dans le cadre de la certification.	B	
Existence d'un projet et/ou d'actions concernant l'EPP (réflexion, formalisation, mise en œuvre, suivi).	OUI	Il existe un projet formalisé concernant l'EPP, des actions sont entreprises et un suivi est assuré par la sous-commission EPP.		
Communication sur l'EPP.	OUI	Une présentation plénière avait été organisée afin de présenter les résultats des EPP réalisées dans le cadre de la certification. Une communication est organisée par le président de CME à l'occasion des réunions de travail de la sous-commission EPP.		
Formations prévues et réalisées sur l'EPP..	NON	La sous-commission EPP a demandé l'adhésion de l'établissement au CEPPrAL, afin de permettre aux praticiens de participer à une ou plusieurs formations à l'EPP. Cette adhésion est actée pour 2009.		

**Décision** : Définir une politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques intégrée aux orientations stratégiques (06 a, b, c)

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

<b>6c : Les responsabilités concernant la gestion de la qualité et des risques sont identifiées.</b>			<b>Prise en charge concernée :</b>	
<i>Eléments d'appréciation (EA)</i>	<i>Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Définition des responsabilités.	OUI	Les responsabilités en terme de qualité et de gestion des risques sont définies au travers de 2 documents : « La Politique Qualité et Gestion des risques du Centre Hospitalier Georges Claudinon » et « Management des risques : mode d'emploi ».	B	
Responsables identifiés.	OUI	La Responsable Qualité et Gestion des Risques est identifiée dans l'organigramme de l'équipe de direction et de la nouvelle gouvernance. Les différents intervenants de la démarche qualité/gestion des risques sont identifiés à travers la politique qualité et gestion des risques.		
Existence d'une formalisation (fiches de fonction ou description de mission).	EN PARTIE	Un descriptif des missions du responsable qualité et gestion des risques est présenté dans les documents « La politique qualité et gestion des risques du Centre Hospitalier Georges Claudinon » et « Management des risques et des vigilances : Mode d'emploi ». En outre, une lettre de missions du Responsable Qualité et Gestion des risques est en cours d'élaboration (document de travail joint).		
Modalités de communication.	OUI	Des notes et des réunions d'informations sont organisées. D'autres modalités de communication sont en cours de réflexion : une lettre d'information qualité et gestion des risques (information, résultats d'indicateurs...) ainsi que l'organisation d'une journée qualité et gestion des risques dans l'établissement.		

**Décision** : Organiser et coordonner la gestion des risques (14 a, b, c, d) ;

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

14a : Les informations relatives aux risques sont rassemblées et organisées.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation et responsabilités définies vis-à-vis du regroupement et de la diffusion des informations.	OUI	L'organisation de la gestion des risques est formalisé à travers un document intitulé « Management des risques et vigilances : mode d'emploi ». Le document validé en Comité de pilotage, Conseil Exécutif, CTE, CME et Conseil d'Administration est diffusé dans chaque service de l'établissement.	B	
Visibilité sur l'ensemble des risques permettant de définir des priorités.	EN PARTIE	L'établissement a recensé les principales catégories de risques potentiels : vigilances, circuit du médicament, prise en charge du patient, sécurité des personnes, systèmes d'information, sécurité des biens, risques environnementaux (matériel et locaux), prestations logistiques... La fiche de signalement des évènements indésirables tient compte de ce recensement. En outre, un groupe de travail, issu du CHSCT, mis en place dans le cadre de la réduction de l'absentéisme étudie l'amélioration des conditions de travail de façon à réduire les risques professionnels.		
Bilans des déclarations d'incident, d'accidents relatifs aux risques hospitaliers (risques pour les patients, vigilances, risques professionnels, autres risques).	OUI	L'établissement a mis en place une fiche de signalement des évènements indésirables depuis octobre 2007. Depuis novembre 2007, l'établissement recense et analyse les évènements indésirables signalés. Une cellule opérationnelle de gestion des risques a été mise en place, elle se réunit mensuellement et, sur la base d'un bilan statistique, définit les actions correctives relatives aux		

		Hémovigilance et le CHSCT établissent leur bilan d'activité de façon annuelle.	
Veille réglementaire relative à la sécurité.	OUI	L'établissement est abonné depuis plusieurs années à un document lui permettant de réaliser une veille réglementaire relative à la sécurité.	
Communication et diffusion de l'information sur les risques.	EN PARTIE	Les agents sont sensibilisés par les cadres de santé sur les risques et l'importance des signalements d'événements indésirables. Le document « Management des risques et vigilances : Mode d'emploi », a été validé par le COPIL du 15 avril 2008. Il contient un descriptif de l'organisation interne face aux risques et sera diffusé aux prochainement aux instances de l'établissement, avant d'être diffusé dans l'ensemble des services.	

**Décision** : Organiser et coordonner la gestion des risques (14 a, b, c, d) ;

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

14b : Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a priori</i> les risques.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Démarche structurée d'identification et d'analyse des risques <i>a priori</i> .	EN PARTIE	La cellule opérationnelle de gestion des risques a identifié un certain nombre de risques à priori qui correspondaient à des dysfonctionnements, incidents, ou évènements sentinelles. Une première ébauche de cartographie des risques est réalisée. Elle figure dans le document institutionnel « Management des risques et des vigilances : mode d'emploi ». Cette cartographie doit être complétée par une hiérarchisation en termes de gravité et fréquence de façon à obtenir un coefficient de criticité. En outre, une première analyse des risques « professionnels » à priori a été réalisée dans le cadre du Document Unique.	B	
Responsabilités définies sur les domaines de risques.	OUI	Les responsabilités sont définies pour les domaines de risques et les responsables sont identifiés dans le document institutionnel « Management des risques et des vigilances : Mode d'emploi ».		

**Décision** : Organiser et coordonner la gestion des risques (14 a, b, c, d) ;

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

14c : Des dispositions sont en place pour identifier et analyser <i>a posteriori</i> les risques.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Démarche structurée d'identification et d'analyse des incidents et accidents survenus (recueil d'événements indésirables, revues de mortalité-morbidité, etc.).	OUI	La démarche de signalement et d'analyse des événements indésirables est organisée et formalisée par une procédure diffusée dans les services. La fiche de signalement est en service depuis novembre 2007. La Direction Qualité et GDR réalise une analyse statistique des données. Cette analyse est présentée à la cellule Qualité et Gestion des risques, qui prend les décisions nécessaires relatives afin de mettre en place des actions d'amélioration.	A	
Responsabilités définies pour l'identification, le signalement, l'analyse.	OUI	Les responsabilités sont définies pour l'identification, le signalement et l'analyse dans la procédure relative à la fiche de signalement d'un évènement indésirable.		

**Décision** : Organiser et coordonner la gestion des risques (14 a, b, c, d) ;

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

14d : Les résultats issus des analyses de risque permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Modalités de hiérarchisation des risques.	EN PARTIE	Compte tenu de l'analyse statistique des évènements indésirables (FEI, AT, AES), une hiérarchisation des risques est organisée par la Cellule Opérationnelle de gestion des risques en fonction de leur fréquence et de leur gravité, elle n'inclut pas actuellement la gestion des risques a priori.	B	
Modalités de définition d'actions de réduction des risques	OUI	La Direction Qualité et Gestion des risques présente au Comité de pilotage les risques ou dysfonctionnements identifiés, nécessitant la définition d'actions d'amélioration ou de réduction. Les autres instances ou commissions concernées sont également consultées (CLIN, CHSCT, CSTH). Des fiches actions sont élaborées, elles permettent de définir les enjeux, objectifs, contraintes, limites et responsables de l'action, ainsi qu'un planning prévisionnel. Lors de son dernier bilan, la cellule opérationnelle a identifié 4 risques récurrents : circuit du médicament en EHPAD, chutes, accompagnement à la conduite de changement de matériel, approvisionnements.		
Programme d'actions de réduction.	OUI	Un programme d'actions de réduction des risques est en cours d'élaboration en ce qui concerne les 4 risques récurrents identifiés.		
Formalisation des conduites à tenir en cas d'incident ou accident.	OUI	Des procédures sont formalisées et diffusées. (AT, AES, Isolement...)		
Association des instances et professionnels à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'actions.	OUI	Chaque instance est informée des incidents ou accidents déclarés, et est consultée pour la mise en œuvre d'actions correctives.		

**Décision** : Organiser la prise en charge des urgences vitales (33 c).

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

33c : La prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement est assurée.			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Personnel formé aux gestes d'urgence.	OUI	Un plan de formation 2007 comprenait une formation aux premiers gestes d'urgence et à l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé par le CESU. Cette formation destinée à 9 agents de l'établissement (8 IDE + 1 Cadre) a eu lieu. Dans un second temps, le cadre de santé formé par le CESU a organisé des séances d'information-formation sur l'utilisation du défibrillateur externe automatisé. Chaque participant a reçu un support écrit. L'établissement travaille à l'organisation d'une information destinée aux nouveaux arrivants.	A	
Système d'alerte connu.	OUI	L'ancien protocole d'urgence vitale a été modifié suite à l'acquisition par l'établissement d'un défibrillateur externe automatisé. Le nouveau document validé en CME est diffusé à l'ensemble des services de l'établissement. L'évaluation de la connaissance effective par les agents est programmée pour le dernier trimestre 2008.		
Maintenance régulière du matériel d'urgence (sécurisation d'accès au chariot d'urgence).	OUI	Les trousse d'urgence sont sécurisées et font l'objet d'un contrôle mensuelle.		
Accès immédiat aux personnes-ressources.	OUI	Les urgences vitales sont prises en charge par le SAMU. La procédure interne précise les différentes modalités d'intervention.		
Analyse des dysfonctionnements et mesures correctives éventuelles.	OUI	Les dysfonctionnements sont signalés sur la fiche de signalement des événements indésirables. Ils sont analysés par le Responsable Qualité et Gestion des risques, puis soumis à la Cellule Opérationnelle de gestion des risques pour mise en place de mesures correctives le cas échéant.		

## 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 :

- Organiser l'évaluation des conditions de travail (03 c) ;
- Poursuivre la mise sous assurance qualité de la fonction blanchisserie (11 b) ;
- Mettre en place un système de management de la qualité (13 b, c, d, e, f, g) ;
- Mettre en place la coordination des vigilances entre elles et avec le programme global de gestion des risques (15 d) ;
- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques (29 d) ;
- Formaliser la recherche du consentement éclairé dans les situations particulières et la traçabilité de l'information donnée au patient lors de la survenue d'un événement indésirable dans sa prise en charge (31 f, d) ;
- Mettre en place une évaluation du programme d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques (50 c).