



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

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

**2<sup>ÈME</sup> PROCÉDURE**

**CENTRE HOSPITALIER  
D'AVESNES SUR HELPE**

**Route d'Haut Lieu**

**59363 AVESNES SUR HELPE**

**SEPTEMBRE 2010**

**PARTIE 1**

**PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

**Dates de la visite de suivi : 10 et 11 Juin 2010**

<b>Nom de l'établissement</b>	Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes		
<b>Situation géographique</b>	<b>Ville</b> : AVESNES SUR HELPE <b>Département</b> : 59	<b>Région</b> : Nord pas de Calais	
<b>Statut</b> ( <i>privé-public</i> )	Public		
<b>Type de l'établissement</b> ( <i>CHU, CH, CHS, HL, PSPH, Ets privé à but lucratif</i> )	CH		
<b>Nombre de lits et places</b> ( <i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i> )	MCO = 57 lits	SSR = 66 lits et places	USLD = 30 lits
<b>Nombre de sites</b> ( <i>de l'ES et leur éloignement s'il y a lieu</i> )	2 : - CHPA, - Hôpital de Jour Alcoologie, 76 rue Jean Jaurès 59600 MAUBEUGE (21 km du CHPA).		

<p><b>Activités principales</b> (par exemple ; existence d'une seule activité ou d'une activité dominante)</p>	<p>Le CHPA s'organise en 4 pôles :</p> <p>Pôle Gériatrique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unité de Médecine Gériatrique,</li> <li>➤ Service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique,</li> <li>➤ Unité de Soins de Longue Durée,</li> <li>➤ Consultations internes d'orthopédie.</li> </ul> <p>Pôle Addictologie et conduites addictives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Service d'alcoologie,</li> <li>➤ Alcoologie de liaison,</li> <li>➤ Consultations d'alcoologie,</li> <li>➤ Consultations internes d'ORL,</li> <li>➤ Hôpital de Jour d'alcoologie.</li> </ul> <p>Pôle Médecine Polyvalente :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Unité de Médecine Polyvalente,</li> <li>➤ Service de Soins Palliatifs,</li> <li>➤ Unité de Réadaptation Cardio-vasculaire Ambulatoire,</li> <li>➤ Exploration Fonctionnelle Cardiologique,</li> <li>➤ Consultations interne de diabétologie.</li> </ul> <p>Pôle Médico-Technique :</p> <p>Pharmacie, Radiologie, Consultations de Gynéco-Obstétrique, Relations avec le laboratoire.</p>
<p><b>Activités spécifiques</b> (urgences, soins ambulatoire, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc...)</p>	<p>Réadaptation Cardiaque, Consultations d'Addictologie, de Gériatrie, SSIAD.</p>
<p><b>Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b></p>	<p>Le secteur de la Restauration a obtenu l'agrément européen pour l'activité de cuisine centrale en liaison froide et chaude dans le cadre de la restauration collective en 2007</p>

<p><b>Coopération avec d'autres établissements</b> (GCS, SIH, conventions...)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Protocole cadre de coopération entre le CHSA et le CHPA (Date d'effet: 10 Mai 2002)             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Annexe 1: Convention de partenariat sur la prise en charge cardiologique au sein des CHSA et CHPA (Date d'effet: 10 Mai 2002) □ Exercice par un Praticien d'une activité à temps partagé.</li> <li>◆ Annexe 2: Convention sur la mise en place d'une équipe inter-hospitalière d'hygiène: Date d'effet le 06 Octobre 2003.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Renouvelable par tacite reconduction</b></p> </li> <li>2. Convention de la prestation inter-hospitalière relative à la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables (CH de SAMBRE-AVESNOIS): Date d'effet le 20 Janvier 2005             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Avenant en date du 06 Juin 2007 pour une durée de 5 ans.</li> </ul> </li> <li>3. Convention de délégation de paiement avec les établissements d'hospitalisation Court Séjour à Dotation Globale (Date d'effet : 1<sup>er</sup> Janvier 2009).</li> <li>4. Activité d'Intérêt Général au CHSA (date d'effet : 15 Janvier 2001).             <p style="text-align: center;"><b>Renouvelable par tacite reconduction</b></p> </li> <li>5. Convention entre le Centre Hospitalier du Pays d'AVESNES et le Laboratoire DEGAEY (Laboratoire BIOFRANCE): Date d'effet le 23 MARS 2009.</li> <li>6. Convention de partenariat entre le Centre Hospitalier SAMBRE-AVESNOIS et le Centre Hospitalier du Pays d'AVESNES concernant le fonctionnement de la Pharmacie du Centre Hospitalier du Pays d'AVESNES: Date d'effet le 19 Décembre 2007.             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avenant N°1 du 02 Janvier 2008 (non signé par tous)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Renouvelable par tacite reconduction</b></p> </li> <li>7. Convention de mise à disposition d'un Gestionnaire des Risques et d'une Secrétaire (CH de SAMBRE-AVESNOIS): Date d'effet 2005.             <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Avenant en date du 19 Décembre 2008</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Renouvelable par tacite reconduction</b></p> </li> </ol>
---	---

<b>Origine géographique des patients</b> <i>(attractivité)</i>	Bassin de vie Sambre-Avesnois
<b>Transformations récentes</b> <i>(réalisées ou projetées, ou projets de restructuration)</i>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Hébergement du siège social de l'association Sambre-Avesnois Alzheimer sur le territoire de santé Sambre-Avesnois.</li><li>- GCS de gériatrie en cours de finalisation.</li><li>- Délocalisation de l'hôpital de jour d'alcoologie sur la commune de Maubeuge.</li><li>- Projet de reconstruction partielle ou totale de l'établissement.</li></ul>

## PARTIE 2

---

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

---

Au vu des éléments d'appréciation non satisfaits (présents en partie ou absents) mentionnés dans le rapport de certification issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce **une certification conditionnelle** qui porte sur les points suivants :

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

Ces points feront l'objet d'**une visite de suivi dans un délai de 12 mois**.

Par ailleurs, la HAS décide que **cette visite de suivi** devra également porter sur les points suivants :

- 11b (la gestion des risques est organisée et coordonnée) ; 11c (les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter) ;
- 13d (le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel) ; 13 e (le dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place) ;
- 15b (la maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations) ; 15d (l'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée) ;

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

- 04a (la politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement) ;
- 07a (l'établissement met en œuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts).

**PARTIE 3**

**CONSTATS**

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

<b>16b (la prévention du risque incendie est organisée et les professionnels bénéficient d'une formation programmée et régulièrement actualisée).</b>			<b>Prise en charge concernée :</b>	
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Identification des responsables.	OUI	Un service sécurité incendie a été créé. Il est composé d'un responsable sécurité SSIAP 2 et de 12 agents SSIAP 1. Il est renforcé dans l'établissement par 42 agents identifiés « équipiers de seconde intervention (ESI) » qui ont reçu une formation spécifique de 3 jours. Des fiches de postes ont été définies. L'équipe sécurité est opérationnelle 24h sur 24.	<b>B</b>	
Programme de contrôle (contrôles internes et externes à périodicité définie).	OUI	Les contrôles externes obligatoires périodiques sont effectués et renforcés par des contrôles internes. Des contrats sont établis entre l'établissement et les sociétés qui assurent les contrôles périodiques.		
Mise en œuvre et suivi des recommandations consécutives aux contrôles externes.	OUI	La commission de sécurité départementale a émis un avis favorable à la poursuite d'activité de l'établissement lors de son dernier passage le 3 juin 2010. Quatre prescriptions ont toutefois été émises, elles ne concernent pas les unités d'hébergement. Une action corrective a été réalisée au cours de la visite.		

Formations actualisées, à périodicité définie, de l'ensemble des personnels.	OUI	<p>Un programme de formation pour l'ensemble du personnel est formalisé. La formation est assurée en interne par le chef sécurité SSIAP2. Un calendrier est défini. Les équipiers de seconde intervention reçoivent un recyclage annuel.</p> <p>Le livret d'accueil du nouvel arrivant intègre une information sur les mesures relatives à la sécurité incendie de l'établissement</p>
Exercices réguliers de simulation.	EN PARTIE	<p>Un exercice de simulation de feu a été effectué, il a pu être constaté qu'il y avait une bonne réactivité de l'équipe de seconde intervention. Cet exercice n'a pas été suivi d'une simulation d'évacuation; celle-ci est programmée pour la fin de l'année 2010.</p>
Appropriation par les personnels des protocoles d'alerte et d'intervention.	EN PARTIE	<p>L'exercice de simulation de feu a pu permettre d'identifier que l'ensemble du personnel ne s'était pas complètement approprié les consignes d'alerte et d'intervention. Une campagne de sensibilisation aux consignes incendie a été réalisée récemment. Il n'y a pas eu d'audit concernant l'appropriation effective des protocoles.</p>
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	OUI	<p>Les dysfonctionnements et les alertes concernant le risque incendie sont recueillis sur la fiche d'évènements indésirables. (fumeur intempestif, cale porte..etc). Le service sécurité les répertorie et met en place les mesures correctives adéquates.</p>
Actions d'amélioration.	OUI	<p>De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en place pour lever les réserves sur la sécurité incendie. Des travaux ont été réalisés:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- non stop ascenseur,</li> <li>- portes coupe feu,</li> <li>- suppression des cales en bois,</li> <li>- création de zones d'une capacité de 20 lits isolées entre elles de façade à façade,</li> <li>- alarme générale sélective,</li> <li>- répéteur d'alarmes,</li> <li>- mise en place de détecteurs dans l'ensemble des locaux,</li> <li>- mise en sécurité des locaux à risques,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- remplacement des portes de secours défaillantes,</li> <li>- arrivée d'air dans la cage d'escalier,</li> <li>- changement des parties vitrées des bureaux,</li> <li>- Cloisonnement traditionnel des locaux par parois coupe feu 1 heure.</li> </ul>		
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.).	OUI	<p>Les patients identifiés fumeurs font l'objet d'une surveillance particulière. Ils sont invités à fumer à proximité du local sécurité afin d'être sous la surveillance des agents sécurité.</p> <p>Des consignes sécurité sont affichées. Malgré une politique de lutte contre le tabagisme, les personnels qui fument ont à disposition des lieux spécifiques à l'extérieur.</p>		

**Décision** : 11b (la gestion des risques est organisée et coordonnée.) ; 11c (les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.).

11b (la gestion des risques est organisée et coordonnée).			Prise en charge concernée :	
Éléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Structure de coordination des risques (COVIRIS, cellule de gestion des risques ou équivalents, etc.).	OUI	Une cellule qualité et gestion des risques composée de 22 personnes est en place. Elle remplit une mission de pilotage et de validation du plan d'action. Un bureau qualité Gestion des Risques, structure plus opérationnelle, est identifiée; elle intègre toutes les vigilances.	<b>B</b>	
Responsabilités définies sur les domaines de risques (référents, vigilants, etc.).	OUI	Le service qualité et gestion des risques se compose de la RAQ, d'un technicien gestionnaire des risques et de 2 assistantes qualité. Ce service est renforcé par l'intervention d'un ingénieur gestionnaire des risques dans le cadre d'une convention avec un Centre Hospitalier voisin. La démarche qualité et gestion des risques institutionnelle est déclinée au niveau des secteurs d'activité grâce à des référents identifiés parmi les soignants et les non soignants. Ceux-ci ont une mission de relai pour le bureau qualité. Les vigilants sont identifiés et connus des personnels.		
Démarche structurée d'identification et d'analyse des risques a priori (secteurs à risque, risques professionnels, etc.)	EN PARTIE	D'une part concernant les risques patient, la démarche d'identification a été initiée dans un premier temps par 2 groupes de travail sur 2 thématiques précises: prise en charge de la personne âgée dépendante et prise en charge des chutes. L'analyse de la prise en charge de ces patients tout au long d'une journée a permis d'identifier tous les risques <i>a priori</i> et de définir un plan d'actions. Secondairement une cartographie de risques patients <i>a priori</i> a été élaborée par des groupes de travail mis en place récemment (février 2010). Cette cartographie a		

		<p>permis de répertorier les risques sur les 3 volets:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Management,</li> <li>- activité de soins,</li> <li>- fonctions support.</li> </ul> <p>D'autre part concernant les risques professionnels, le document unique est en cours de réactualisation.</p>	
Démarche structurée d'identification, de signalement et d'analyse des incidents et accidents survenus	OUI	<p>La démarche de signalement et d'analyse des incidents et des accidents est opérationnelle depuis 2009 avec un nombre significatif de déclaration (&gt;300) permettant une analyse et un plan d'actions. Le technicien de gestion des risques assure l'analyse et le traitement des déclarations avec le support de la cellule qualité et gestion de risques. Un bilan trimestriel est élaboré et diffusé. Une procédure formalisée intègre l'information du suivi de l'évènement indésirable au déclarant.</p>	
Définition d'un programme global de gestion des risques	OUI	<p>Un programme de gestion des risques a été élaboré pour la première fois en 2009 Il intègre la prévention des chutes, la prise en charge de la personne âgée dépendante, la bientraitance, l'optimisation du brancardage, l'actualisation du plan blanc, la mise en place d'un comité de l'eau et la gestion des déchets. Pour 2010 des objectifs ont été définis à partir de la cartographie des risques <i>a priori</i>.</p>	

**Décision** : 11b (la gestion des risques est organisée et coordonnée.) ; 11c (les résultats issus des analyses de risques permettent de hiérarchiser les risques et de les traiter.).

11c (les résultats issus des analyses de risques 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
Hiérarchisation des risques (outils, grille de criticité, etc.).	OUI	La hiérarchisation des risques a été établie à partir de 2 axes : d'une part l'analyse des événements indésirables, d'autre part la cartographie des risques <i>a priori</i> . Les risques professionnels étant hiérarchisés lors de la réactualisation du document unique. Ils ont utilisés une grille de criticité.	A	
Formalisation des conduites à tenir en cas d'incident ou accident.	OUI	Diverses conduites à tenir ont été formalisées en tenant compte de la classification management, activités de soins, fonctions supports. Pour exemple; incendie, urgences vitales, fugues, escarres, accidents de travail...etc		
Mise en œuvre d'actions de réduction des risques.	OUI	L'analyse des fiches d'évènements indésirables a abouti à des actions correctrices : analyse trimestrielle des chutes avec actualisation des actions d'amélioration, élaboration d'un référentiel de bonnes pratiques sur le brancardage, projet de mise en place d'une Commission de retour d'expérience (CREX) des vigilances, intervention d'un kinésithérapeute libéral pour l'autonomisation des patients en USLD.		
Association des instances et professionnels à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'actions de réduction des risques.	OUI	Les instances participent à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme d'action: CHSCT, CTE, CME, CLAN, CLIN ...etc. Les professionnels sont sollicités pour participer aux différents groupes de travail.		

**Décision** : 13 d (Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.) ; 13 e (Le dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place.)

13 d (Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel)			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Dispositif de signalement (responsable du signalement, processus défini, etc.).	OUI	Le dispositif déjà en place a été réactualisé en CLIN, le responsable du signalement est le président du CLIN. Des actions ont été définies au niveau du CLIN et ont été validées en CME. Les personnes ressources ont été sollicitées: médecins de l'établissement, biologiste du laboratoire, pharmacien, cadres de santé.	<b>B</b>	
Formation et information de tous les professionnels et des instances par le CLIN et les responsables d'hygiène, sur les dispositions relatives au signalement des infections nosocomiales.	OUI	Une action de sensibilisation a été réalisée au niveau des personnels soignants. Des rappels sont faits lors des formations hygiène assurées par l'EOH de MAUBEUGE et par l'IDE hygiéniste lors de la journée nationale sur l'hygiène des mains et lors de ses passages hebdomadaires dans les services. Le personnel médical est formé au signalement, des sensibilisations sont effectuées en CME.		
Historique et analyse des signalements.	EN PARTIE	L'établissement a enregistré 31 déclarations pour la première fois en 2009. Ce taux n'est pas encore significatif au regard du nombre de personnes accueillies, toutefois ces déclarations ont fait l'objet d'une analyse rétrospective par le CLIN, suivant la typologie des germes, la localisation des infections et les services de provenance des patients. Un plan d'action n'a pu être mis en place au vu du faible nombre de déclaration. L'établissement ne dispose pas encore d'un historique exploitable.		

**Décision** : 13 d (Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.) ; 13 e (Le dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place.)

13 e ( Le dispositif permettant l'alerte, l'identification et la gestion d'un phénomène épidémique est en place.)			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Identification préalable des événements anormaux pouvant entraîner une alerte.	EN PARTIE	L'établissement a mis en place des protocoles concernant certains événements épidémiques tels le Clostridium Difficile et la légionelle, mais ces documents ont été produits lors de phénomènes intervenus dans l'établissement. D'autres protocoles ont été élaborés en prévision d'une épidémie potentielle : gâle, poux, rougeole. L'établissement n'a pas listé les risques épidémiques lié à sa patientèle: personnes âgées, alcooliques chroniques, soins palliatifs.	<b>B</b>	
Définition d'un circuit d'alerte.	OUI	Le circuit d'alerte est défini, il s'appuie sur l'utilisation de la fiche de signalement des événements indésirables adressée au président du CLIN. Une cellule de gestion des épidémies a été installée, elle se compose de la direction, de l'ensemble du corps médical et de la cellule de gestion des risques.		
Enquête en cas d'épidémie.	OUI	Dans les 2 cas déclarés par l'établissement en 2007 et en 2008, une enquête diligentée par la DDASS a été réalisée. Les résultats et les conduites à tenir ont été transmis à l'établissement et ont été suivi d'effet.		
Communication au personnel des mesures déterminées par le CLIN.	OUI	Les mesures déterminées par le CLIN sont communiquées au personnel par l'EOH, par l'encadrement et par les référents hygiène à l'ensemble du personnel.		
Information des patients.	OUI	L'information des patients est assurée par le personnel de façon orale Des plaquettes d'information spécifiques pour le Clostridium ont été réalisées et diffusées. En cas d'isolement une signalétique spécifique est en place. L'isolement est tracé dans le dossier patient.		

Mesures de prévention et de gestion communes en cas d'épidémie.	OUI	A titre préventif des réunions d'information ont été organisées à destination du personnel pour la grippe AH1N1, avec homogénéisation des conduites à tenir dans tous les services de l'établissement, complétées par des formations réalisées par l'IDE hygiéniste. Ces mesures de prévention et de gestion sont communes avec celles du CH de MAUBEUGE.	
---	-----	---	--

**Décision** : 15b (la maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations) ; 15d (l'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée).

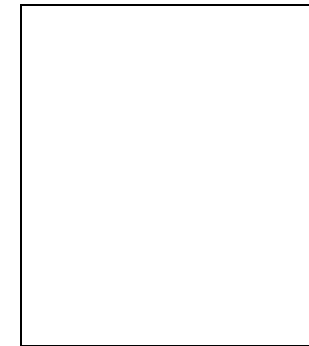
<b>15b (la maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations.)</b>			<b>Prise en charge concernée :</b>	
<b>Eléments d'appréciation (EA)</b>	<b>Réponses aux EA</b> <i>(Présent : OUI, EN PARTIE, NON)</i>	<b>Constats</b>	<b>Cotation du critère</b>	<b>Dynamique</b>
Protocoles et procédures de maintenance et de contrôle de la qualité de l'eau.	OUI	La procédure de surveillance et maintenance préventives des installations et du réseau d'eau sanitaire dans le cadre de la recherche de légionelles décrit les différentes étapes du process et définit les responsabilités pour assurer la qualité de l'eau au CHPA.	<b>A</b>	
Respect des normes de sécurité pour garantir la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations.	OUI	Les normes de sécurité pour garantir la qualité de l'eau dans ses différentes utilisations sont respectées. La circulaire du 1er février 2010 applicable au 1er juillet a été mise en place dès le mois de mars. La chloration en continu a été arrêtée pour passer en mode discontinu selon un calendrier prédéfini avec la société prestataire de la maintenance du système de chloration. Le taux de THM est surveillé par le technicien référent qualité de l'eau nommé en 2009.		
Contrôles périodiques adaptés aux différentes utilisations de l'eau, notamment dans les secteurs à risque.	OUI	Les contrôles périodiques pour garantir la qualité de l'eau et notamment dans les secteurs à risques identifiés sont effectués et analysés. Quatre points sont systématiquement prélevés tous les trimestres. Les quelques bras morts qui subsistent suite aux travaux effectués sur le réseau d'eau font l'objet d'une vigilance particulière. Ces derniers circuits sont purgés régulièrement et contrôlés bien qu'ils ne soient pas situés dans les zones d'hébergement des patients.		
Recueil et analyse des dysfonctionnements.	OUI	Les dysfonctionnements signalés par les contrôles font immédiatement l'objet d'une alerte de la part du technicien de l'eau qui réceptionne les résultats. Le point d'eau incriminé est fermé, le personnel est informé. Une cellule		

		de crise composée de la direction, du responsable travaux, de l'IDE hygiéniste, du président du CLIN, du technicien de l'eau est réunie pour décider des conduites à tenir.	
Actions d'amélioration.	OUI	<p>Les actions d'amélioration issues des dysfonctionnements et des différents rapports d'inspection ont été réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- travaux sur le réseau d'eau avec changement des colonnes d'eau chaude, et des vannes,</li> <li>- installation d'un échangeur à plaque en chaufferie,</li> <li>- surveillance en continu de la température en départ de production d'eau chaude et en retour de boucle.,</li> <li>- Contrôle du taux de résidu chloré (THM),</li> <li>- Chloration en discontinu du réseau,</li> <li>- Identification des points à risques,</li> <li>- Circuit d'alerte et d'information défini,</li> <li>- Modification du contrat avec le laboratoire d'analyse médicale afin de poser un diagnostic de certitude précoce face à des signes cliniques chez un patient pouvant faire suspecter une légionellose.</li> </ul> <p>Une phase de travaux complémentaire est programmée pour la fin de l'année 2010. Elle devrait concerner les derniers bras morts.</p>	

**Décision :** 15b (la maintenance et le contrôle de la qualité de l'eau sont adaptés à ses différentes utilisations) ; 15d (l'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée).

15d (l'élimination des déchets, notamment d'activité de soins, est assurée).			Prise en charge concernée :	
Eléments d'appréciation (EA)	Réponses aux EA (Présent : OUI, EN PARTIE, NON)	Constats	Cotation du critère	Dynamique
Organisation de l'élimination des déchets (classification des déchets, protocoles de tri, collecte, transport, stockage, traitement, etc.)	OUI	L'organisation de l'élimination des déchets est effective et opérationnelle. Les déchets sont triés à la source : DASRI, DAOM et Verre. Les protocoles de tri sont affichés et connus du personnel. Le stockage est organisé avec un local intermédiaire au niveau de chaque service de soins. La collecte, le transport à partir des locaux intermédiaires sont dédiés à une équipe spécifique 7 jours sur 7. Le local de stockage centralisé a été aménagé et répond complètement aux conditions d'hygiène et de fonctionnalité en particulier pour le nettoyage des containers. Le système d'évacuation d'eau du local est opérationnel. Le circuit propre/sale des containers est respecté avec un local dédié aux containers propres avant leur retour dans es service. Ce local est lui même nettoyé quotidiennement avec une traçabilité effective.	A	
Formation et sensibilisation des professionnels	OUI	La sensibilisation des professionnels des services est assurée par les cadres des services. Des formations proposées par l'IDE hygiéniste sur un thème d'hygiène générale comporte une rubrique sur les déchets. Les personnes dédiées au transport, au stockage et au traitement des déchets ont bénéficié d'une formation dispensée par la responsable du service de nettoyage interne.		
Mesures de protection du personnel (déclaration d'accident, matériel sécurisé, etc.)	OUI	Les mesures de protection du personnel dédié au traitement des déchets sont effectives: Lunettes, gants, tenues imperméables, bottes. Dans les services, des		

		collecteurs et des sacs spécifiques sont utilisés par les professionnels et ont permis de réduire les AT, dont les AES.
Recueil et analyse des dysfonctionnements	OUI	L'établissement a enregistré de rares fiches d'évènements indésirables en lien avec la gestion des déchets. Les dysfonctionnements relevés ont été analysés et traités.
Actions d'amélioration	OUI	L'établissement a mis en place tout récemment une permanence pour le transport des déchets depuis les locaux intermédiaires vers le local central avec traitement des déchets en temps réel. La procédure a été révisée pour tenir compte de cette nouvelle organisation.



## 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 :

- 04a (la politique du système d'information est définie en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement) ;
- 07a (l'établissement met en œuvre un dispositif permettant la maîtrise des coûts).