



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DU
GROUPE PUBLIC DE SANTÉ
PERRAY-VAUCLUSE**

91360 ÉPINAY-SUR-ORGE

Septembre 2006

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION	p.10
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.11
II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé	p.16
II.2 Modalités de suivi	p.16

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION »

Le « compte-rendu de certification » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette procédure vise à développer les actions relatives à la qualité et à la sécurité des soins au sein de chaque établissement.

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

I. QU'EST-CE QUE LA CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

La certification est un moyen pour inciter l'ensemble des professionnels des établissements de santé (soignants, médecins, personnels administratifs, agents d'entretien...) à analyser leur organisation et à améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

La procédure de certification est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS LA CERTIFICATION

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

QU'APPORTE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification favorise une meilleure organisation de l'établissement au service de la personne soignée. Grâce à l'auto-évaluation et à la visite des experts-visiteurs, elle permet aux professionnels de l'établissement de santé de :

- réfléchir ensemble à leur organisation, en fonction des différents besoins des personnes soignées ;
- reconnaître les points forts et les points à améliorer ;
- définir des actions prioritaires ;
- faire évoluer leur façon de travailler.

dans le but de :

- permettre à tous d'accéder à des soins de qualité ;
- contribuer à mieux répondre aux différents besoins de chaque personne soignée ;
- améliorer la qualité et la sécurité des soins (cf. encadré) et des autres services (accueil, hôtellerie, information...).

APPORT POUR LA QUALITÉ DES SOINS

- ***L'information de la personne soignée et de sa famille sur les conditions de séjour et sur son état de santé.***
- ***L'amélioration de la sécurité des soins.***
- ***Une meilleure coordination des professionnels intervenant auprès de la personne soignée.***
- ***La réalisation de soins respectant les bonnes pratiques recommandées.***

III. COMMENT EST ÉTABLI LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

La procédure de certification d'un établissement de santé se déroule en plusieurs temps. Elle débute par une évaluation réalisée par les professionnels de cet établissement (appelée « auto-évaluation ») à l'aide d'un manuel* de certification proposé par la HAS. Ce manuel comporte 300 questions permettant l'appréciation de la sécurité et de la qualité regroupées en 10 chapitres appelés référentiels.

Ces référentiels sont complémentaires, de façon à traiter l'ensemble des activités d'un établissement et aboutir à une vision transversale de son fonctionnement.

* Le manuel de certification est disponible sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr.

LES RÉFÉRENTIELS DE CERTIFICATION

- 1. Droits et information du patient**
- 2. Dossier du patient**
- 3. Organisation de la prise en charge du patient**
- 4. Management de l'établissement et des secteurs d'activité**
- 5. Gestion des ressources humaines**
- 6. Gestion des fonctions logistiques**
- 7. Gestion du système d'information**
- 8. Qualité et prévention des risques**
- 9. Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle**
- 10. Surveillance, prévention, contrôle du risque infectieux**

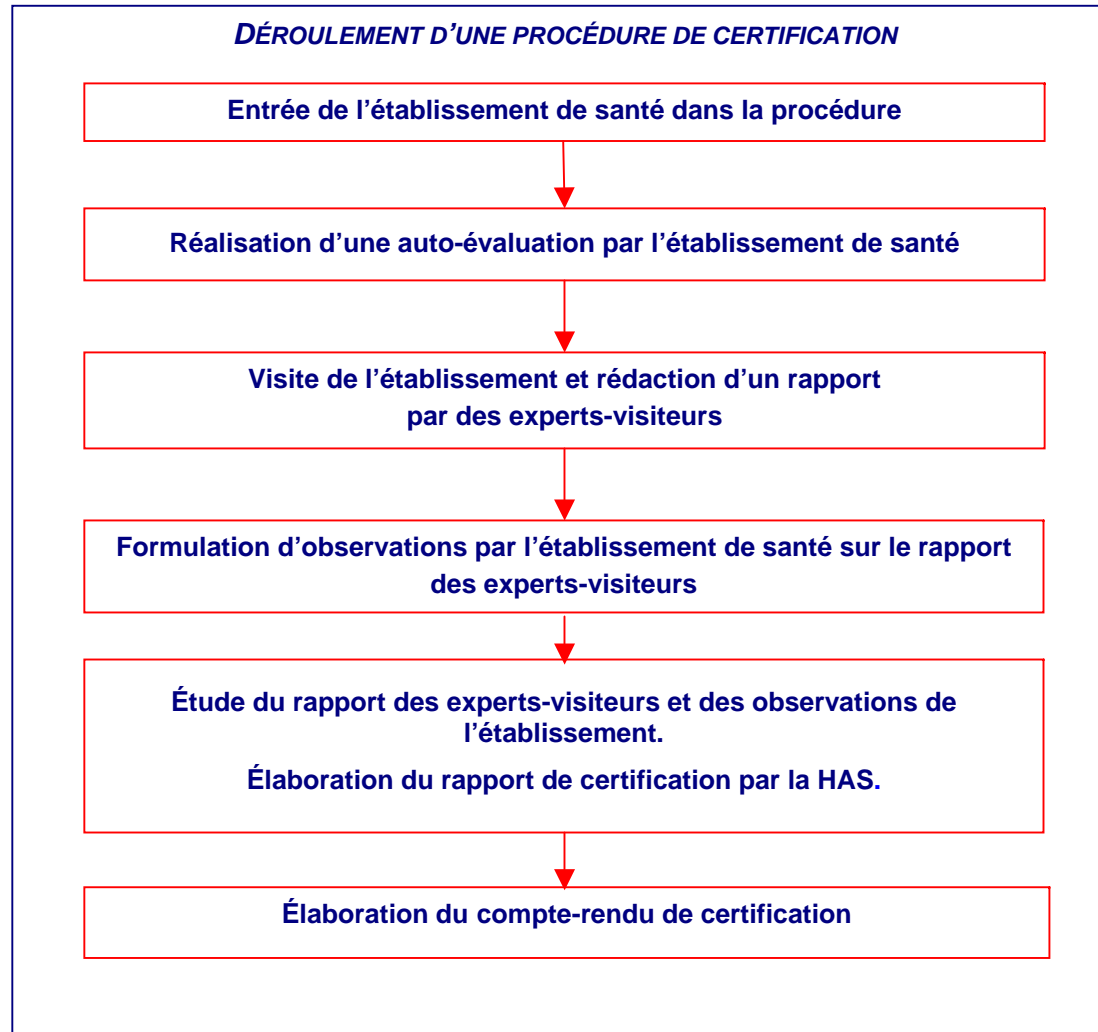
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants) formés par la HAS.

Pour garantir l'indépendance de la procédure de certification, les experts-visiteurs sont issus d'établissements de santé publics et privés d'une région différente de celle de l'établissement visité.

Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé établit un «rapport de certification» qui est transmis à l'établissement de santé et à l'autorité dont il dépend dans sa région (Agence Régionale de l'Hospitalisation ou ARH).

Le compte-rendu de certification est élaboré à partir du rapport de certification.



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION ?

Le compte-rendu de certification contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure de certification,
- les conclusions de la HAS sur la situation de l'établissement.

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

Dans ses décisions, la HAS peut émettre :

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

Les décisions de la HAS peuvent se résumer de la façon suivante :

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

* *

*

Les comptes rendus de certifications des établissements de santé ayant conclu leur procédure de certification sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de la HAS www.has-sante.fr

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement	Groupe public de santé Perray-Vaucluse	
Situation géographique	Ville : Épinay-sur-Orge/Paris Département : Essonne Essonne / 7 ^e , 8 ^e , 9 ^e , 13 ^e , 17 ^e arrondissements	Région : Île-de-France
Statut (<i>privé-public</i>)	Public	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	CHS : établissement public de santé mentale	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	344 lits 205 places	
Nombre de sites de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu	2 sites hospitaliers : - hôpital du Perray (Épinay-sur-Orge) ; - hôpital Henri-Ey (Paris 13 ^e arrondissement). 27 structures extrahospitalières sur Paris : - 8 hôpitaux de jour ; - 11 centres médicopsychologiques ; - 5 CATTP ; - 1 centre de soins aux toxicomanes (Marmottan : hospitalisations et consultations).	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Psychiatrie générale sectorisée et psychiatrie infantojuvénile.	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Unité pour patients en hospitalisation d'office au long cours. Centre de soins spécialisés aux toxicomanes (Marmottan). Hôtel thérapeutique (postcure). Accueil familial et thérapeutique.	

<p>Coopération avec d'autres établissements <i>(GCS, SIH, conventions...)</i></p>	<p>Réseau psychiatrie précarité. Réseau ESPAS. Convention avec l'association Entraide et Solidarité. PSYCOM : syndicat interhospitalier qui regroupe les 4 EPS de Paris (Esquirol, Maison-Blanche, Perray-Vaucluse, Sainte-Anne) et l'association de santé mentale du 13^e arrondissement. Fédération intersectorielle de psychiatrie pour adolescent dans l'Essonne (FIPADE). Conventions : CH Sainte-Anne (examens de biologie, imagerie médicale, stérilisation). CH Paul-Guiraud (Villejuif : prélèvements d'hygiène, recherche de toxiques urinaires). CHG Longjumeau (hospitalisations programmées ou urgentes, consultations, examens). Centre d'imagerie Saint-Laurent. Clinique de l'Yvette (scanner, IRM...). CH Kremlin-Bicêtre (hospitalisations programmées ou urgentes, consultations).</p>
<p>Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i></p>	<p>La création de l'établissement en tant qu'établissement spécialisé en santé mentale remonte à 1867 pour les besoins du département de la Seine. Il constitue aujourd'hui un des cinq établissements publics spécialisés dans la prise en charge de la santé mentale au profit de la population parisienne. Il a vocation à desservir plus particulièrement la population adulte et infantojuvénile des 7^e, 8^e et 17^e arrondissements soit 250 000 habitants.</p>
<p>Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i></p>	<p>Sur les 172 lits autorisés sur l'hôpital Henri-Ey, 20 ne sont pas encore ouverts (10 lits de l'unité de soins intensifs et 10 lits de l'unité sécurisée), compte tenu des postes vacants IDE. En projet : création d'une MAS de 60 places sur le site historique d'Épinay-sur-Orge. Ouverture d'un foyer de postcure intersectoriel à Paris de 25 places. Structure de psychiatrie infantojuvénile d'hospitalisation à temps complet de 10 lits pour enfants de 8 à 14 ans sur Paris. Transfert d'un secteur de psychiatrie adulte sur Maison-Blanche. Ouverture d'un CATTP et d'un hôpital de jour. Projet d'accueil des urgences psychiatriques de Longjumeau.</p>

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **Le Groupe public de santé Perray-Vaucluse** sis 91360 Epinay sur Orge

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **7 décembre 2005**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 15 au 19 mai 2006 par une équipe multiprofessionnelle de **6 experts-visiteurs** mandatée par la Haute Autorité de santé.

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

Le rapport des experts ainsi que les observations de l'établissement audit rapport ont été communiqués à la HAS pour délibération en **septembre 2006**.

Après avoir pris connaissance :

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

la Haute Autorité de santé décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure de certification.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I APPRECIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I.1 Droits et information du patient

Le Contrat d'objectifs et de moyens (COM) 2 intègre les principes de la charte des patients hospitalisés dans le cadre de ses missions de service public. Chaque année le rapport de la CRUQPC est remis au conseil d'administration et présenté en Commission médicale d'établissement (CME) et en Commission du service de soins infirmiers (CSSI). Le programme qualité est présenté au Conseil d'administration (CA) notamment en ce qui concerne la politique des droits du patient. Dans le projet médical et le projet de soins, les principes de la politique des droits du patient sont réaffirmés.

L'accès de tous aux soins est assuré par l'établissement. Le livret d'accueil donne à l'usager toutes les informations nécessaires tant sur les conditions de séjour que sur l'accès aux soins. Il est traduit en anglais.

Le consentement éclairé du patient est systématiquement recueilli, davantage par oral que par écrit, ce qui nécessite d'en généraliser la traçabilité.

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient ainsi que sa liberté est assuré, mais on note quelques difficultés relatives d'une part à l'intimité dans le cadre des chambres d'isolement et d'autre part à la dignité dans l'appréciation de la tenue vestimentaire. L'établissement doit renforcer le respect à la fois de l'intimité et de la dignité du patient dans ces deux situations.

Le personnel est sensibilisé régulièrement au respect de la confidentialité des informations touchant le patient.

La Commission de relations avec les usagers et la qualité de prise en charge (CRUQPC) est en place et son fonctionnement est assuré pleinement.

Le respect des droits du patient n'est pas évalué de manière formalisée, aussi est-il nécessaire de procéder à des évaluations ciblées régulières afin de développer la dynamique engagée.

I.2 Dossier du patient

Un groupe de travail pluriprofessionnel a été mis en place fin 2003 afin de réaliser un prototype de dossier du patient unifié. Le dossier du patient a été présenté en CME le 11 mai 2004 pour validation puis déployé dans les unités d'hospitalisation de jour et de temps plein en septembre 2004. En avril 2005, la même démarche a été mise en œuvre pour les Centre médicopsychologique (CMP) et les Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en décembre 2005 pour le centre Marmottant. Le dossier du patient comprend une structure commune à laquelle viennent s'ajouter des fiches particulières aux prises en charge spécifiques.

Un « guide d'utilisation du dossier du patient » décrit toutes les modalités relatives à l'utilisation et à la gestion du dossier. Quelques données du dossier sont en cours d'informatisation. Une seconde version du dossier a été mise en place en avril 2006 suite à un audit réalisé en juin 2005.

Un projet d'archivage structuré a été présenté à la CME le 12 janvier 2006. L'établissement termine la troisième des cinq phases programmées. Un service du dossier du patient est en charge de l'organisation de l'archivage centralisé sur le site du Perray avec une partie sur l'hôpital Henri-Ey. L'établissement poursuit le travail engagé.

Le personnel est sensibilisé régulièrement au respect des règles de confidentialité des informations contenues dans le dossier du patient. L'identification de celui-ci est systématique sur chacune de fiches composant le dossier.

Cependant la traçabilité de l'information donnée au patient et de la réflexion bénéfico-risque n'est pas encore systématiquement assurée. La CME du 2 mars 2006 a mis en place un groupe de travail consacré au traitement de ce problème.

Un audit complet du dossier a été réalisé en juin 2005. Ces résultats ont été communiqués aux personnels et aux instances, notamment la Commission du service de soins infirmiers (CSSI) le 13 décembre 2005 et la CME le 12 janvier 2006. Il appartient à l'établissement de poursuivre les évaluations ciblées régulières de ce dossier du patient unifié.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le projet médical 2007/2012 est en cours d'élaboration.

L'établissement a su révéler son dynamisme sur les différents éléments liés à la prise en charge des patients en mettant en œuvre des dispositifs organisationnels spécifiques dans un contexte multicentrique.

Il existe une dynamique de collaboration intercollégiale et pluriprofessionnelle.

La continuité des soins est assurée et la coordination avec les partenaires extérieurs est réelle et reconnue.

Le patient est au centre des préoccupations des équipes. De nombreux audits ont été menés depuis 2005 pour trouver des réponses institutionnelles aux problématiques des prises en charge. L'établissement a su engager avec méthode les axes d'amélioration en privilégiant des stratégies de participation des différents acteurs, qui, d'ailleurs, ont une bonne connaissance des points de fragilité institutionnels. La réflexion bénéfico-risque doit faire l'objet, comme la désignation de la personne de confiance et l'expression du consentement éclairé, de plus de traçabilité dans le dossier. L'établissement doit s'assurer du respect du protocole de la mise en chambre d'isolement.

L'intégration de l'évaluation dans les pratiques professionnelles est affirmée et l'établissement a les ressources pour poursuivre la dynamique engagée sur les évaluations de pratiques professionnelles.

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

L'établissement a rédigé un projet médical qui couvre les années 2002 à 2006. Le Contrat d'objectifs et de moyens (COM) du Centre hospitalier spécialisé (CHS) (son deuxième) négocié avec l'ARH de l'Île-de-France décline les orientations stratégiques de l'établissement et leur financement.

L'établissement a déjà envisagé sa politique sanitaire à venir par une recherche de complémentarité avec les autres établissements parisiens et « essonniens » de santé.

Les instances se réunissent à un rythme régulier et débattent des problèmes relevant de leur compétence.

Dans le cadre de la réforme de la nouvelle gouvernance, l'établissement a mis en place un comité médicoadministratif opérationnel.

Il n'existe pas de politique de communication clairement définie au sein de l'établissement, bien que des actions initiées par les services soient réalisées.

La politique financière se limite à une gestion à court terme, ce qui répond néanmoins aux modalités de fonctionnement des établissements soumis aux règles de la dotation globale.

Les services ne sont pas impliqués dans la politique financière, mais des tableaux de bord permettant de suivre rétrospectivement leurs consommations se développent.

Chaque service dispose d'une organisation interne spécifique répondant aux diversités de prise en charge rencontrées, mais les complémentarités entre services restent limitées.

La démarche d'évaluation reste à un stade de sensibilisation des services.

I.5 Gestion des ressources humaines

Le groupe public de santé Perray-Vaucluse dispose d'un COM qui définit les orientations stratégiques pour 5 ans, 2002-2007, qui comprend un volet social. L'élaboration d'un projet social a été engagée en 2006. Le dialogue social est entretenu : les instances se réunissent régulièrement à une fréquence supérieure au minimum prévu par les textes réglementaires, la direction a par ailleurs mis en place en 2004 et 2005 des réunions d'information à destination des cadres de l'hôpital et plusieurs professions se sont constituées en collèges. La direction des ressources humaines dispose de divers tableaux de suivi des effectifs des personnels de l'établissement et la rédaction systématique des fiches de poste permettra d'améliorer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Un livret d'accueil des personnels est en cours de finalisation, des journées d'intégration sont organisées, mais la démarche d'évaluation des personnels reste à généraliser. Une politique de formation continue est définie et structurée, un plan de formation médicale est en cours de rédaction pour 2006. L'hôpital a engagé une démarche pour se doter d'un plan annuel de prévention des risques et d'amélioration des conditions de travail. Une enquête de satisfaction auprès des personnels a été réalisée en 2006 dans le cadre de l'élaboration du projet social. Il est prévu qu'un contrat soit formalisé et mis en œuvre, dans le cadre de la relation client-fournisseur, entre les services de la DRH et les autres services de l'établissement.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

La politique d'approvisionnement est opérationnelle. Une commission d'utilisateurs vient de se mettre en place pour impliquer les personnels des services dans les choix de fournitures.

Une équipe technique interne est chargée de la maintenance curative et préventive des équipements et installations des 17 sites installés, sauf pour les équipements techniques (ascenseurs, gaz, chaufferie, cuisine blanchisserie).

L'établissement dispose d'une cuisine centrale située sur le site de Perray-Vaucluse chargée de la production des repas pour les 2 sites d'hospitalisation principaux. La méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques)(HACCP) est respectée et des mesures correctives sont envisagées pour les structures extérieures.

Le linge est traité par la blanchisserie de l'établissement qui se situe sur le site de Perray-Vaucluse.

La méthode RABC (*Risk Analysis BioControl*) est appliquée.

Le circuit du linge (propre et sale) est bien séparé. Un prétri du linge est effectué au sein de chaque service dans des sacs de couleur.

Cependant, l'établissement doit mettre en place des contrôles réguliers de la qualité de cette prestation.

Le nettoyage des locaux est réalisé par une équipe hospitalière, toutefois, un prestataire extérieur assure l'entretien des structures extrahospitalières et les parties communes des structures sanitaires.

Des prélèvements de surface existent en cuisine, mais pas ailleurs.

La fonction transport assurée par des agents de l'établissement qui se répartissent entre les transports sanitaires ambulances et logistiques.

La fonction déchets est organisée.

Le circuit est opérationnel. Les DAOM sont enlevés par des services municipaux, les Déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI) sont traités par un prestataire extérieur. L'établissement recherche une solution adaptée pour un problème de stockage de DASRI sur un site extérieur.

L'accès aux bâtiments est sécurisé (fermeture le soir et la nuit accès dans les locaux par badge) et un système de vidéosurveillance est en cours de généralisation. Sur le site pavillonnaire du Perray-Vaucluse, les locaux abritant des patients sont fermés chaque soir.

Les personnels disposent de DECT permettant en cas d'agression de déclencher l'alerte, un système de « jets de clés » sur des bornes murales présentes dans tous les locaux complète ce dispositif d'alerte.

Une équipe sécurité chargée de la protection contre l'incendie assure une présence 24 heures/24 sur le site de Henri-Ey. Le site pavillonnaire du Perray-Vaucluse ne dispose pas de personnels dédiés à cette fonction. La formation des personnels reste à généraliser.

La culture de l'évaluation reste limitée à des enquêtes de satisfaction ciblées sur des thématiques données telles que la qualité des repas.

I.7 Gestion du système d'information

L'établissement a débuté dès 1984 sa réflexion et son organisation informatique. Un nouveau schéma directeur de l'information est en cours de finalisation. Les professionnels de santé sont sensibilisés à la confidentialité et à la sécurisation des données. Les procédures d'accès et de sécurité informatique sont formalisées. Le Dispositif médical (DIM) est en place depuis 1991. L'implication des instances et des professionnels a été remarquée pendant la visite et une politique d'amélioration est engagée. L'établissement doit se soumettre à la législation protégeant les données les données à caractère personnel, en déclarant à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

L'établissement, les instances et les professionnels de santé sont engagés dans une démarche ancienne et dynamique de gestion de la qualité et de prévention des risques, puisqu'il a participé à l'expérience « canadienne » de 1993. La politique s'est organisée depuis la création de la cellule qualité en 2003. Les correspondants qualité et ceux des vigilances sont identifiés. Le programme de suivi et d'amélioration de la qualité et de prévention vient d'être réactualisé. Tous les personnels sont sensibilisés aux conduites à risque. La gestion documentaire et les outils de communication sont en place. De nombreux audits ont été réalisés depuis 2004. Ils ont conduit à des actions correctives et de protocollisations récentes. La dynamique actuelle d'adhésion forte des professionnels, constitue un étayage positif pour la poursuite de la démarche qualité et du processus d'évaluation.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

La politique de l'établissement sur les vigilances sanitaires est définie.
Elle est connue de toutes les instances et de tous les professionnels et elle est partagée par tous les acteurs.
La dynamique d'amélioration est installée et les évaluations sont réalisées.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales définit annuellement un programme validé par les instances.
Le réseau des correspondants en hygiène, le médecin du travail, les médecins généralistes et l'équipe opérationnelle d'hygiène participent à l'élaboration de ce programme. La formation des personnels reste à maintenir.
Le processus est dynamique et opérationnel. Les acteurs du dispositif sont impliqués.
L'Équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) propose des actions de formation dans tous les secteurs d'activité.
De nombreuses procédures sur les actions de prévention sont élaborées et leur évaluation est à poursuivre. Des audits de pratiques sont réalisés.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Généraliser la traçabilité de la réflexion bénéfices-risques et du consentement éclairé ;;
- Assurer la déclaration des fichiers nominatifs à la Commission nationale informatique et libertés ;
- Réorganiser le stockage terminal des Déchets d'activité de soins à risque infectieux ;

II.2 Modalités de suivi

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

Considérant la dynamique qualité de l'établissement, la Haute Autorité de santé décide qu'il fait l'objet des recommandations mentionnées ci-dessus.

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