



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION DE
L'HÔPITAL DE MOZE**

**1, rue du Docteur-Tourasse
07320 SAINT-AGRÈVE**

Février 2007

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 ETABLISSEMENTS DE SANTE ?

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 PROCEDURE 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 QUALITE 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 ETABLI 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 REFERENTIELS 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**

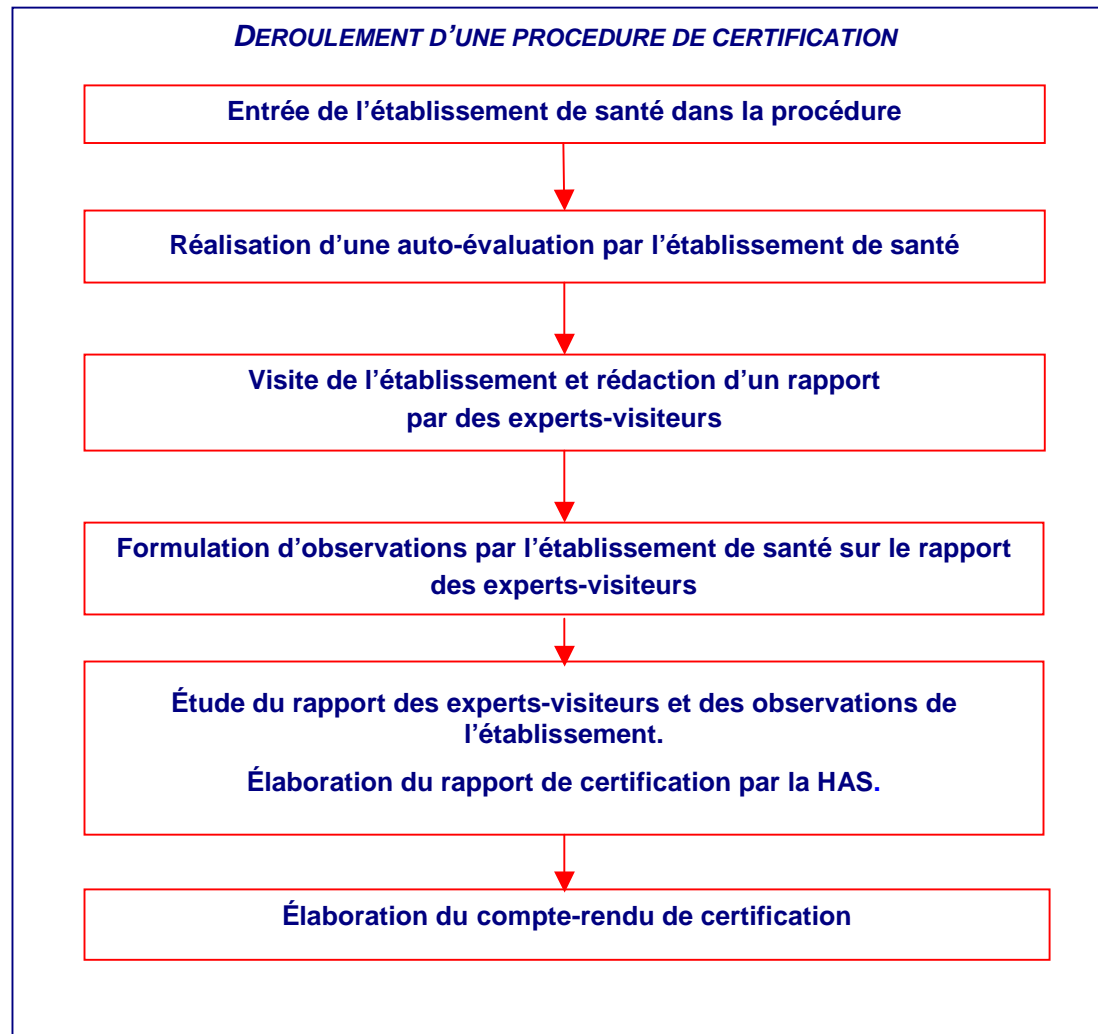
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants)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

APPRECIATIONS	MODALITES 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	Hôpital de Moze	
Situation géographique	Ville : Saint-Agrève Département : Ardèche	Région : Rhône-Alpes
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé non lucratif – associatif	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Hôpital PSPH	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	26 lits, dont 8 de médecine, 8 de soins de suite et de rééducation, 6 de maternité et 4 de chirurgie (l'établissement dispose également de 80 lits d'EHPAD)	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	Site unique	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Médecine gériatrique, soins de suite, maternité	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Consultations externes, endoscopies et colonoscopies Consultations de gynécologie, d'anesthésie et de sages-femmes Petite activité d'accueil médical non programmé (464 passages)	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Coopération pour des consultations de pédiatrie signée avec le CH d'Annonay Convention de télé-médecine avec le CH d'Annonay Participation au réseau périnatal avec le CHU de Saint-Étienne Convention avec l'établissement français du sang de Valence Convention de prestation de stérilisation signée avec la clinique Bon-Secours du Puy-en-Velay Coopération sur la déficience rénale chronique avec l'association Aural Convention relative à la matériovigilance signée avec le CH Émile-Roux Convention relative à la psychiatrie signée avec CH Sainte-Marie de Privas Coopération interétablissement du centre Vivarais pour les gardes des directeurs Coopération gérontologique dans le cadre du groupement interhospitalier du Haut-Vivarais Convention CLIN avec le CH d'Annonay	

	Convention PMSI avec le CH d'Annonay Convention avec des cabinets privés locaux pour l'activité d'endoscopie et de colonoscopie Coopération en médecine interne avec le CHU de Saint-Étienne Conventions signées avec des médecins libéraux d'Annonay, de Saint-Étienne et du Puy pour des activités de consultation
Origine géographique des patients <i>(attractivité)</i>	Recrutement local couvrant une partie de la Haute-Loire et de l'Ardèche
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>	

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION

La présente procédure de certification concerne :

- **L'Hôpital de Moze** sis 1, rue du Docteur Tourasse – 07320 SAINT-AGREVE

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure de certification en date du **3 janvier 2006**.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 19 au 22 septembre 2006 par une équipe multiprofessionnelle de **2 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 **février 2007**.

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

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

Les droits et l'information du patient sont inscrits dans les priorités de l'hôpital de Moze. L'accueil des patients d'origines socioculturelles différentes est ancré dans l'histoire de l'établissement. La commission de relations avec les usagers est en place et il reste à l'établissement à formaliser l'analyse régulière du respect des droits du patient et de la satisfaction des usagers. La charte de la personne hospitalisée est affichée. Le livret d'accueil du patient s'y référant est distribué. La configuration des locaux ne permet pas de garantir en tous lieux la libre circulation des personnes à mobilité réduite. Les étages ne sont pas équipés de toilettes handicapées. Les chambres doubles sont difficiles d'accès lorsque deux personnes sont en fauteuil roulant. Un projet architectural sur la mise aux normes, intégrant salles de bain et de toilette dans l'ensemble des services, est en phase d'élaboration. Les patients reçoivent une information sur leurs conditions de séjour et les modalités de prise en charge lors des formalités de préadmission et durant leur séjour. La recherche du consentement éclairé du patient est à réaliser systématiquement, et à tracer dans tous les secteurs. L'établissement garantit le respect de la dignité et de l'intimité des patients dans la mesure des possibilités offertes par la configuration des locaux. L'architecture de l'accueil et les chambres à 2 lits ne permettent pas de garantir pleinement la confidentialité. Les personnels sont sensibilisés au respect de la confidentialité, mais la formation sur ce thème mérite d'être généralisée. La gestion des réclamations et des plaintes est assurée. L'évaluation du respect des droits du patient est à formaliser.

I.2 Dossier du patient

Il n'existe pas de procédure institutionnelle du dossier du patient. Le dossier du patient est fonctionnel. Il est composé de deux parties : un dossier administratif et un dossier médical et de soins. Il est organisé pour chaque secteur d'activité. Le dossier devra être adapté aux nouvelles exigences en matière de transmission de données programmées pour l'année 2007. Le dossier du patient comporte l'ensemble des éléments nécessaires à son identification, ainsi que les coordonnées de la personne à prévenir. L'identification de toutes les pièces du dossier est tracée. L'item relatif à la personne de confiance n'est pas toujours renseigné. Le rôle de chaque intervenant dans la tenue du dossier est connu des professionnels, mais n'est pas formalisé. Les prescriptions médicales sont datées et signées par les praticiens. Les prescriptions médicamenteuses sont retranscrites par les infirmières sur des fiches qui sont vérifiées pour la validation des piluliers. L'actualisation des données est faite par les médecins au fur et à mesure des événements importants concernant le patient. Elle est réalisée quotidiennement par les soignants, dans le dossier de soins infirmiers, en fonction de la pathologie du patient et du traitement prévu.

Le consentement éclairé est mentionné dans les dossiers. L'analyse bénéfico-risque est souvent évoquée oralement, mais non tracée dans les dossiers sauf pour les actes invasifs lourds. Une lettre de sortie est rédigée systématiquement en tant que rapport de sortie de référence. Le dossier du patient est localisé au poste de soins. Il est disponible à tout moment dans des salles de soins qui ne sont pas accessibles au public. Le dossier est archivé dans des locaux sécurisés. Les modalités de consultation du dossier médical par le patient ou ses ayants droit sont formalisées. La formalisation du circuit du dossier du patient est en cours d'élaboration. Une évaluation du dossier du patient est en cours de réalisation.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

L'organisation de la prise en charge des patients engage tous les professionnels de l'hôpital de Moze. Le projet d'établissement est en cours d'élaboration ainsi que le projet médical. Le projet de soins infirmiers décrit les grands axes de la prise en charge dans chaque pôle d'activité. Les admissions des patients sont majoritairement programmées et l'accueil du patient et de son entourage est organisé. L'organisation de l'archivage garantit l'accessibilité au dossier 24 heures/24. L'évaluation médicale initiale, le recueil des données dans le dossier de soins, les évaluations régulières au travers de staffs pluriprofessionnels dans certains secteurs permettent de suivre l'évolution de l'état de santé du patient et d'orienter sa prise en charge au jour le jour. Le dossier du patient est uniformisé. La formation spécifique des équipes paramédicales sur la prise en charge de la douleur doit être pérennisée. Un psychologue peut être sollicité par tous les secteurs d'activité de l'établissement si besoin. La prise en charge du patient est coordonnée et continue au sein des secteurs d'activité clinique. Les chariots d'urgence sont vérifiés régulièrement, les procédures d'urgence vitale sont connues. Les circuits entre les services de soins et le bloc opératoire sont opérationnels. Le circuit du médicament est organisé mais non formalisé. La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles a été mise en place et se réunit régulièrement. Les examens de laboratoire et de radiologie sont réalisés par des établissements extérieurs. La sortie du patient est planifiée et le médecin traitant informé. Des protocoles de soins respectant les recommandations établies sont en place. L'évaluation des pratiques professionnelles est débutante. Il reste également à définir les modalités de mise en place de protocoles diagnostiques et thérapeutiques et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

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

Le projet d'établissement de l'hôpital de Moze est en cours d'élaboration. L'établissement a fixé ses orientations stratégiques. Les instances, qui sont constituées et exercent leurs attributions, sont pleinement associées à la démarche. Le personnel en est informé. Les vecteurs de communication visent à assurer la transmission des informations en interne et en externe. La politique de communication n'est toutefois pas définie. L'établissement, qui sort depuis peu d'une période perturbée, au cours de laquelle il a été placé en liquidation judiciaire et a fait l'objet d'une mesure d'administration provisoire, met en œuvre le plan de financement qui lui a été assigné et qui fait office d'axe stratégique de la politique financière et budgétaire. Il n'existe pas encore de programme pluriannuel d'investissement. L'hôpital dispose de peu d'outils de pilotage de sa gestion. Il n'a pas encore associé les secteurs d'activité à la gestion. L'activité est menée dans les unités conformément aux autorisations. L'établissement et les professionnels des unités s'organisent pour assurer la continuité et la permanence de la prise en charge. L'amélioration de la qualité constitue un objectif des services qui a pris toute sa valeur à l'occasion de l'engagement dans la démarche d'accréditation. Les responsables décisionnels, médicaux et non médicaux et les cadres se font le relais de cette dynamique auprès de leurs collaborateurs. Les actions entreprises en vue de mettre en œuvre les orientations stratégiques de l'établissement ne sont pas évaluées.

I.5 Gestion des ressources humaines

Il n'existe pas de projet social. Toutefois, le nouvel accord d'entreprise est en cours de négociation. Le dialogue social est organisé. Les instances représentatives du personnel, pour certaines remises en route, depuis peu, sont constituées et exercent leurs attributions. La Commission médicale d'établissement est également constituée. Elle statue sur les questions qui relèvent de son champ de compétences. La gestion prévisionnelle des ressources humaines n'est pas développée. Toutefois, l'administration du personnel permet de doter les services des ressources nécessaires à la prise en charge. Les responsabilités en matière de gestion du personnel sont identifiées. Les conditions de la gestion des ressources humaines permettent de garantir la sécurité et la confidentialité des informations individuelles concernant les salariés. Le recrutement tient compte des besoins des unités, mais il n'est pas facilité pour les emplois qualifiés par la situation géographique de l'hôpital. Il n'existe pas encore de procédure institutionnelle d'accueil et d'intégration des nouveaux salariés, mais des pratiques de service. Les professionnels ne sont pas évalués et leurs besoins individuels en formation professionnelle ne sont recensés que depuis peu. La politique de formation professionnelle a visé essentiellement la bonification des compétences par les études promotionnelles et la validation des acquis et des expériences. L'amélioration des conditions de travail constitue un objectif clairement affiché par la direction de l'hôpital. Le Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est actif et le document unique relatif à la sécurité des travailleurs a été élaboré. Il reste à le traduire en un programme d'actions opérationnel. Les processus de gestion des ressources humaines ne sont pas évalués. Il existe peu d'indicateurs sociaux et la satisfaction des personnels n'est pas mesurée.

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les fonctions logistiques sont organisées. Les services sont approvisionnés régulièrement suivant des procédures qui varient en fonction de la typologie des produits. Une procédure d'approvisionnement en urgence est à mettre en place. L'établissement met en œuvre les recommandations issues des contrôles externes des bâtiments, des installations et des équipements. Les maintenances préventives et curatives sont organisées. Les risques identifiés sont pris en compte. L'établissement est équipé d'un système d'alarme incendie. Toutefois, la couverture en trappes de désenfumage et en portes coupe-feu n'est pas totale. Le personnel est en grande partie sensibilisé aux procédures d'alerte. Les formations incendie ne sont pas encore organisées systématiquement. L'établissement s'est organisé pour assurer la sécurité des biens et des personnes. Toutefois, la configuration des locaux et leur vétusté ne facilitent pas la gestion de certains troubles liés au grand âge. La restauration est réalisée en régie. La cuisine s'est engagée il y a plusieurs années dans une démarche de gestion des risques *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques). Le personnel qui assure la distribution n'est pas toujours partie prenante de cette dynamique. Le traitement du linge est en partie concédé et en partie assuré en régie. La blanchisserie occupe des locaux anciens et mal adaptés à l'activité. Les circuits de collecte et de distribution sont organisés. Toutefois, les croisements des différents circuits propres et sales doivent inciter l'établissement à mener une réflexion sur la gestion des risques. Le nettoyage des locaux et du matériel est organisé.

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales est associé à la définition de la politique d'hygiène et de nettoyage. Les fonctions transports sont organisées. Les déchets sont collectés et éliminés suivant des circuits et des filières qui tiennent compte de leur typologie et qui sont connus des professionnels. Les prestations logistiques ne sont pas évaluées de façon institutionnelle. Il existe toutefois des évaluations particulières qui touchent certaines fonctions comme la restauration et le nettoyage des locaux et du matériel du bloc chirurgical.

I.7 Gestion du système d'information

L'établissement ne dispose pas d'un schéma directeur du système d'information et la politique des systèmes d'information n'est pas définie. Toutefois, des actions sont entreprises en vue de gérer l'information et la communication est développée. La taille de l'établissement facilite la communication orale et directe. Un système de gestion documentaire est en cours de déploiement. Le système informatique, en cours de modernisation, est essentiellement dédié à l'activité administrative. L'établissement mène une réflexion sur la confidentialité des données personnelles et des outils sont en place en vue d'en garantir le respect : serrure à digicode sur les portes des locaux sensibles à ce titre, identifiants et codes d'accès, mise à disposition de destructeurs de documents. Toutefois, la configuration et la vétusté de certains locaux n'en facilitent pas la gestion. La gestion de l'information médicale est organisée en collaboration avec le Département d'information médicale du centre hospitalier d'Annonay. Les données du Programme de médicalisation du système d'information sont collectées. Elles ne sont pas toujours pleinement utilisées en retour en tant qu'indicateurs de gestion. Le système d'information ne fait pas l'objet d'une évaluation organisée. Toutefois, les utilisateurs ont été associés au plan de modernisation du système informatique.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La politique qualité de l'établissement est en cours de définition et de formalisation. Des actions en vue d'améliorer la qualité ont été entreprises dans certains domaines. La période perturbée qu'a vécue l'hôpital ces dernières années n'a pas permis de les inscrire dans une dynamique institutionnelle. L'établissement s'est engagé dans l'accréditation début 2006 en utilisant cette démarche pour relancer la dynamique. Des groupes de travail actifs ont été constitués. Le fruit de leur réflexion, qui constitue l'auto-évaluation, a été utilisé pour bâtir le programme d'amélioration de la qualité. Certaines des actions du programme ont été menées ou engagées. D'autres restent à réaliser. Elles devront être complétées par un programme de prévention des risques hiérarchisé et coordonné qui reste à élaborer. Ce programme intégrera les actions que l'établissement a d'ores et déjà engagées en vue de gérer les risques, comme les vigilances ou le travail réalisé par le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, dans le cadre d'un partenariat avec le centre hospitalier d'Annonay. L'identification des besoins des clientèles est encore partielle. Le questionnaire de satisfaction est récent. Il vient compléter une démarche antérieure menée par la maternité. La taille de l'établissement favorise l'expression directe. Les plaintes éventuelles sont traitées par la direction. La Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge est constituée. Le système qualité est en construction. Le système de gestion documentaire est en cours de déploiement. Des classeurs de procédures sont disponibles dans les services. Les actions d'amélioration de la qualité ne sont pas évaluées et l'établissement dispose de peu d'indicateurs pour en suivre la mise en œuvre.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

Les vigilances sont en place. La politique des vigilances sanitaires reste à formaliser. En revanche, les activités de sécurité transfusionnelle ont fait l'objet d'un suivi formalisé par le correspondant désigné en ce qui concerne l'hémovigilance. L'appropriation par les soignants des procédures et des protocoles est opérationnelle mais pas suffisante pour permettre une évaluation concernant les vigilances en général. La sécurité transfusionnelle est assurée en collaboration avec l'Établissement français du sang qui en assure également le contrôle. Les procédures sont en place dans des classeurs à disposition des utilisateurs. L'implication des professionnels des vigilances et, plus particulièrement, des différents correspondants et des cadres responsables, permet de poursuivre les formations envisagées. L'évaluation des activités de vigilance sanitaire est à organiser.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'engagement de l'établissement dans la maîtrise du risque infectieux est réalisé en coordination avec le Comité de lutte contre les infections nosocomiales du centre hospitalier d'Annonay. La maternité collabore quant à elle avec le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Sud-Est du réseau de surveillance des infections en maternité. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales dont la présidente est la pharmacienne de l'hôpital, aidée du cadre responsable sanitaire s'appuie sur une pratique de l'hygiène développée depuis plusieurs années. Une équipe restreinte d'hygiène composée de deux infirmières aide à l'application et à la mise en place du programme. Un protocole de prévention des risques Accident d'exposition au sang est en place. Il est connu des professionnels. Le personnel dispose pour la plupart des soins et pour les interventions chirurgicales de matériel à usage unique. Le matériel qui ne peut être acquis sous cette forme est stérilisé à l'extérieur, dans le cadre d'une convention établie avec la clinique Bon-Secours du Puy-en-Velay. Des pratiques d'entretien des équipements et des dispositifs non stérilisables existent mais ne sont pas formalisées. Il reste à organiser la traçabilité pour l'utilisation des équipements multiples. L'évaluation des actions de prévention et de lutte contre le risque infectieux doit être consolidée et renforcée par l'adhésion de tous les professionnels en vue d'harmoniser les pratiques.

II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé

- Élaborer une procédure institutionnelle du dossier patient veillant notamment à généraliser la traçabilité des données telles que la mention de la personne de confiance et celle de la réflexion bénéfico-risques ;
- Supprimer les transcriptions des prescriptions médicales ;
- Renforcer la confidentialité et mettre en œuvre la restructuration des locaux, en particulier pour les personnes à mobilité réduite ;
- Développer une politique de gestion des ressources humaines en veillant à organiser l'accueil et l'intégration des nouveaux salariés, l'évaluation de tous les professionnels et l'identification de leurs besoins en formation ;
- Renforcer le respect des règles d'hygiène sur l'ensemble des circuits logistiques ;
- Assurer la sécurité incendie en généralisant la formation à l'ensemble des professionnels et en menant à terme le projet de restructuration ;
- Mettre en œuvre et évaluer la politique qualité s'appuyant sur la gestion de la qualité et la prévention des risques.

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.