

**COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION DE LA
POLYCLINIQUE DU MAINE**

**4, rue des Français-Libres
BP 1027
53000 LAVAL**

Mars 2005

Comportant le

**SUIVI DES DÉCISIONS
DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

Juillet 2006

SOMMAIRE

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION »	p.3
PARTIE 1	
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....	p.8
PARTIE 2	
DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCRÉDITATION.....	p.9
PARTIE 3	
CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
 SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL	p.10
II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION	
II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation.....	p.15
II.2 Modalités de suivi	p.15
PARTIE 4	
SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	
I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAS.....	p.16
II Conclusions de la HAS.....	p.16
II.1 Rappel du libellé de la réserve.....	p.16
II.2 Appréciation de la HAS	p.16
II. 3 Décisions de la HAS	p.17

COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU D'ACCREDITATION »

Le « compte-rendu d'accréditation » dont vous disposez résulte d'une procédure d'évaluation externe d'un établissement de santé (hôpital ou clinique), conduite par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 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.

L'ANAES

L'ANAES est un établissement public administratif de l'État créé en 1996.

Ses missions sont de :

- ***faire le bilan des connaissances sur les techniques diagnostiques et thérapeutiques ;***
- ***contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins notamment en mettant en œuvre la « procédure d'accréditation » des établissements de santé.***

I. QU'EST-CE QUE L'ACCREDITATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ?

L'accréditation 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 d'accréditation est obligatoire et intervient périodiquement.

CE QUE N'EST PAS L'ACCREDITATION

- ***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.***

II. QU'APPORTE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation 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 D'ACCREDITATION ?

La procédure d'accréditation 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* d'accréditation proposé par l'ANAES. 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 d'accréditation est disponible sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.fr.

LES RÉFÉRENTIELS D'ACCREDITATION

- 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, l'ANAES organise la visite de l'établissement (la « visite d'accréditation ») 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 l'ANAES.

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

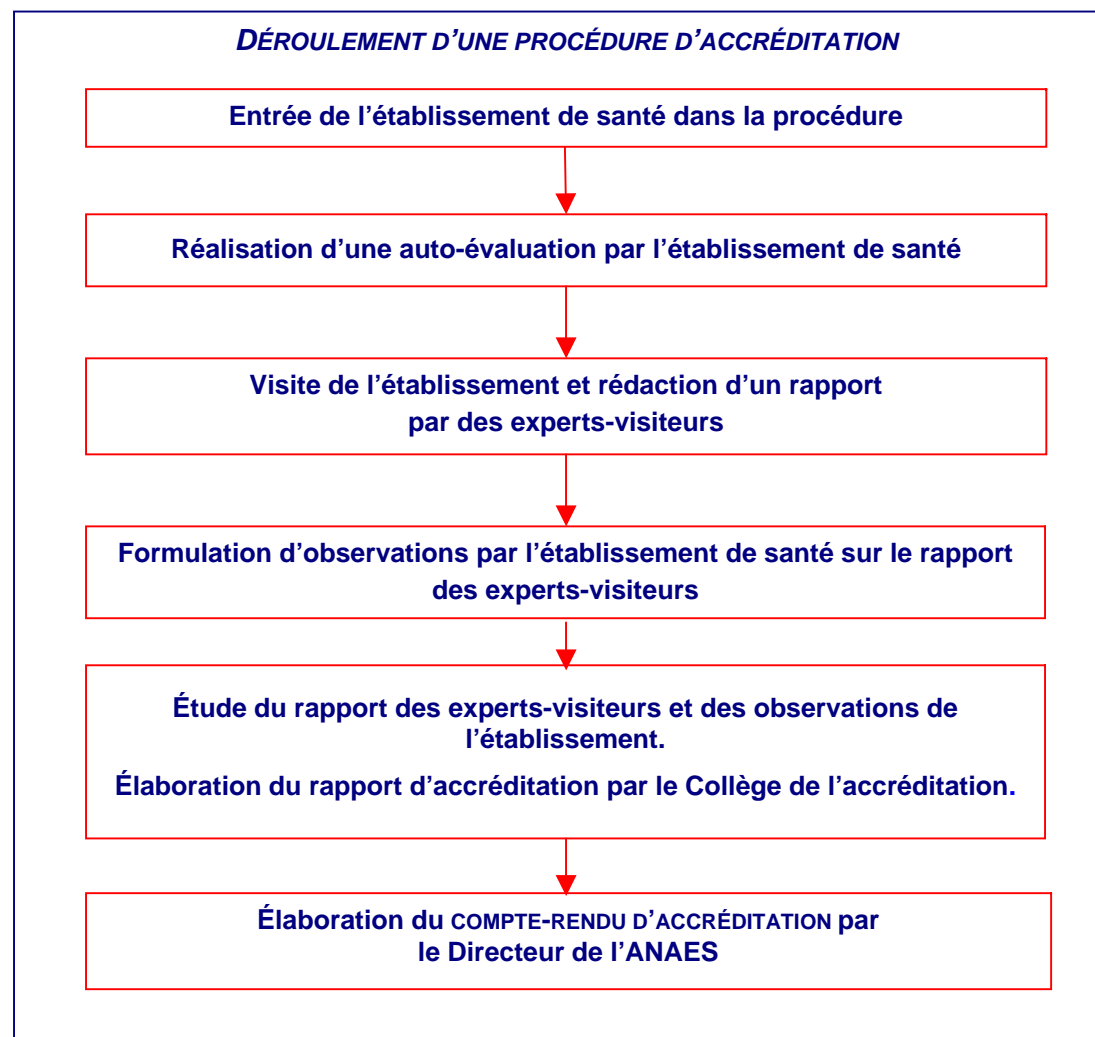
Les résultats de cette visite et les observations de l'établissement sur celle-ci sont analysés par le « Collège de l'accréditation ».

LE COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

Le Collège de l'accréditation est un groupe composé de 15 professionnels, issus d'établissements de santé (médecins, directeurs, soignants) nommés par le Ministre de la santé.

Le Collège de l'accréditation établit un « rapport d'accréditation » 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 directeur de l'ANAES élabore le compte-rendu d'accréditation à partir du rapport d'accréditation du Collège de l'accréditation.



IV. QUE CONTIENT LE COMPTE-RENDU D'ACCRÉDITATION ?

Le compte-rendu d'accréditation contient les informations suivantes :

- la présentation de l'établissement de santé,
- le déroulement de la procédure d'accréditation,
- les conclusions du Collège de l'accréditation sur la situation de l'établissement.

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

Dans ses décisions, le Collège de l'accréditation 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 du Collège de l'accréditation peuvent se résumer de la façon suivante :

APPRÉCIATIONS	MODALITÉS DE SUIVI
Sans recommandation	Le Collège de l'accréditation 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 le Collège de l'accréditation 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 le Collège de l'accréditation.
Avec réserves majeures	L'établissement de santé doit apporter des solutions aux réserves majeures lors d'une « visite ciblée » à une date fixée par le Collège de l'accréditation.

* *
*

Les comptes rendus d'accréditation des établissements de santé ayant conclu leur procédure d'accréditation sont disponibles auprès de la direction de chaque établissement concerné et sur le site Internet de l'ANAES www.anaes.fr

PARTIE 1

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom de l'établissement	Polyclinique du Maine	
Situation géographique	Ville : Laval Département : Mayenne	Région : Pays-de-Loire
Statut (<i>privé-public</i>)	Privé	
Type de l'établissement (<i>CHU, CH, CHS, hôp. local, PSPH, Ets privé à but lucratif</i>)	Etablissement privé à but lucratif	
Nombre de lits et places (<i>préciser la répartition des lits par activité, non par service (MCO, SSR, USLD)</i>)	154 lits et places répartis en 107 lits de chirurgie, 26 lits de médecine, 9 places de chirurgie ambulatoire, 12 places d'hospitalisation à temps partiel en médecine	
Nombre de sites <i>de l'établissement et leur éloignement s'il y a lieu</i>	1	
Activités principales (<i>par exemple : existence d'une seule activité ou d'une activité dominante</i>)	Médecine et chirurgie	
Activités spécifiques (<i>urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.</i>)	Chirurgie ambulatoire et en hospitalisation complète en chirurgie viscérale, vasculaire, orthopédique, ophtalmologique, ORL, stomatologique, urologique. Médecine en hospitalisation complète et/ou partielle en cardiologie, oncologie, chimiothérapie. Urgences assurées, mais autorisation unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences non mise en œuvre à ce jour. Consultations externes dans les mêmes domaines	
Coopération avec d'autres établissements (<i>GCS, SIH, conventions...</i>)	Centre hospitalier de Laval	
Origine géographique des patients (<i>attractivité</i>)	Département, région	
Transformations récentes <i>réalisées ou projetées, ou les projets de restructuration s'il y a lieu</i>		

PARTIE 2

DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D'ACCREDITATION

Ce rapport fait suite à l'engagement de l'établissement dans la procédure d'accréditation en date du 18 mai 2004.

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l'établissement, suivie d'une visite effectuée du 19 au 22 octobre 2004 par une équipe multiprofessionnelle de 3 experts-visiteurs mandatée par la Haute Autorité de Santé (HAS).

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 pour délibération à la Haute Autorité de Santé en mars 2005.

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,**

le Collège de l'accréditation décide que l'établissement faisant l'objet du présent rapport a satisfait à la procédure d'accréditation.

PARTIE 3

CONCLUSIONS DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

I APPRÉCIATION DU COLLÈGE DE L'ACCREDITATION

Synthèse par référentiel

I.1 Droits et information du patient

L'établissement porte une attention au respect des droits et information des patients. Les principes sont énoncés dans l'annexe 4 du contrat d'objectifs et de moyens.

Les professionnels sont sensibilisés aux droits des patients : charte diffusée dans les secteurs d'activité, dans le journal interne, avec le bulletin de salaire.

Cette dynamique permet l'application effective des principes développés dans la charte du patient, en ce qui concerne l'accès aux soins, et les informations pratiques concernant le séjour. En revanche, l'information du patient concernant ses soins et son état de santé n'est pas homogène. Il reste à harmoniser et renforcer les pratiques, et à généraliser le recueil du consentement du patient et l'information bénéfico-risque.

Le respect de la confidentialité n'est pas garanti totalement (notamment postes de soins non cloisonnés dans certains services).

La communication auprès des professionnels des principes développés dans la loi du 4 mars 2002 doit être réalisée en novembre 2004, ce qui permettra de poursuivre la mise en œuvre de l'évaluation du respect des droits du patient.

I.2 Dossier du patient

La politique du dossier médical du patient n'est pas clairement définie. Un groupe de travail composé de professionnels a été récemment constitué pour revoir les modalités de tenue et de circuit du dossier.

Le dossier médical est actuellement conservé au cabinet des praticiens et n'est pas regroupé avec le reste du dossier du patient. L'accessibilité au volet médical du dossier du patient n'est donc pas garantie en permanence ce qui nuit à la coordination et à la continuité des soins.

Les dossiers administratifs et de soins infirmiers sont homogènes et documentés.

La traçabilité de la réflexion bénéfice risque n'est pas assurée.

Les actions d'évaluation et d'améliorations demeurent ponctuelles.

La définition d'une politique du dossier du patient et l'application de la réglementation concernant le dossier médical devront être rapidement réalisées.

L'évaluation de l'ensemble du dossier devra être initiée.

I.3 Organisation de la prise en charge des patients

La politique de prise en charge des patients n'est pas clairement énoncée et communiquée par l'établissement qui est en situation de monopole. Il est accessible à tous et une politique est déclinée autour de la qualité de l'accueil. La formalisation et la traçabilité de la prise en charge sont assurées par le dossier de soins infirmiers. L'établissement devra généraliser au niveau institutionnel la traçabilité de la réflexion bénéfice-risque. Dans l'ensemble les coordinations existent autour de la prise en charge du patient, mais leur formalisation est émergente. Cette coordination n'est pas en place au niveau du bloc opératoire et l'établissement devra installer et faire fonctionner un conseil de bloc opératoire. En revanche la coordination entre la pharmacie et les services de soins a permis une action exemplaire dans la distribution quotidienne nominative des traitements oraux par les préparatrices, ce qui constitue un point fort. Le fonctionnement de la prestation des examens paracliniques qu'ils soient biologiques ou d'imagerie, externe à l'établissement, est estimé comme satisfaisant sans qu'il y ait de relation ni d'évaluation formalisée. Une dynamique existe autour de la sortie du patient. En revanche, la prise en charge des décès, qui sont nombreux du fait de la forte activité oncologique, incombe en majorité aux soignantes sans qu'un soutien médical ou institutionnel ne soit mis en place. L'établissement doit veiller à la disponibilité et à l'implication du corps médical et doit mettre en œuvre une procédure d'accompagnement global des décès.

La dynamique concernant l'utilisation de protocoles est ancienne dans l'établissement, mais sans coordination ni évaluation. Il reste donc à définir, à mettre en œuvre et à évaluer cette politique de manière institutionnelle et coordonnée.

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

Bien qu'ayant défini ses orientations stratégiques à travers le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de l'hospitalisation, la polyclinique du Maine n'a pas structuré de véritable « projet d'établissement ».

L'arrivée d'une nouvelle instance dirigeante rompue au management et à la conduite de projet et qui s'inscrit dans un mode de fonctionnement prospectif doit pouvoir arriver à bout de divergences actionnariales qui ont pénalisé le système de management, arrêté le fonctionnement des instances et bloqué l'essentiel des projets. La mise en place d'un véritable service qualité et de diverses compétences transversales sous forme d'un groupement d'intérêt économique de gestion en est la traduction concrète et constitue une aide opérationnelle et qualitative au management de l'établissement.

L'implication des personnels responsables de secteurs d'activité et de nombreux professionnels devrait être un des éléments moteurs d'une période de redémarrage tournée vers la stabilisation du climat et la conduite de projets qualité, projets de service et *in fine* projet d'établissement.

La communication interne, mais surtout externe, demande à être structurée et ne plus se contenter de la situation de quasi-monopole de l'établissement dans son environnement naturel.

La prise en charge continue des patients et assurée par un management intermédiaire qui repose sur quelques bonnes volontés. Cette dimension est prise en compte par la direction qui compte conforter l'encadrement de jour et de nuit.

Une politique budgétaire est en place sous la forme d'un plan à cinq ans, mais devra faire l'objet de la mise en place d'outils de pilotage pour permettre à chaque secteur de suivre ses ressources de manière organisée.

I.5 Gestion des ressources humaines

La volonté de la structure est de se doter d'un véritable projet social, qui sera un des socles fondateurs du projet d'établissement. Cet ambitieux projet est programmé pour juin 2005. Il passera nécessairement par la restructuration du dossier des personnels, la généralisation des fiches de fonction et la mise en œuvre des entretiens d'évaluation des personnels.

À travers son mode de gestion actuel des ressources humaines, la polyclinique du Maine bénéficie d'une visibilité à court terme des moyens à mettre en œuvre. Son ambition de vouloir aller au-delà du cadre de conventionnel lui permettra d'avoir une politique plus ambitieuse de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, et ainsi de s'inscrire pleinement dans une dynamique qualité en termes sociaux.

Il lui faut au préalable gérer la situation actuelle extrêmement dégradée par les conflits d'actionnaires, redonner confiance aux salariés et aux instances représentatives par la mise en place d'une politique de communication régulière en termes d'information et de transparence des informations. Il lui restera alors à mettre en place une évaluation de la qualité de la gestion de ses ressources humaines

I.6 Gestion des fonctions logistiques

Les équipements et approvisionnements sont adaptés à l'activité. Les besoins sont recensés par les responsables de services en lien avec les salariés. L'organisation pour assurer la sécurité et la maintenance des bâtiments, des équipements et des installations est en cours d'amélioration.

Il n'existe pas de planning prévisionnel d'entretien des bâtiments, et des salles d'intervention. Une formalisation de la politique de maintenance s'impose.

L'assurance qualité en restauration, méthode *Hazard analysis control critical point* (analyse des risques et maîtrise des points critiques), est en démarche de progrès. Les circuits de linge et des déchets sont cohérents, mais les locaux de stockage terminaux avant évacuation ne sont pas adaptés, une action corrective doit être envisagée.

La sécurité des personnes contre l'incendie est prise en compte : passage de la commission de sécurité, actions correctives, formations du personnel. Ces dernières doivent être étendues aux praticiens et aux secrétaires médicales.

Des actions d'évaluation ont été réalisées dans certains domaines, il est nécessaire de les étendre à l'ensemble des prestations logistiques.

I.7 Gestion du système d'information

La politique d'information de l'établissement a été dynamisée par la démarche d'accréditation.

Un schéma directeur du système d'information existe avec une forte antériorité dans une optique d'informatisation globale autour du patient. L'intégration de l'établissement dans un groupement d'intérêt économique apporte une nouvelle dynamique avec la réalisation d'une enquête auprès des utilisateurs, soulignant l'obsolescence du système actuel et aboutissant à la rédaction d'un cahier des charges structuré, gage d'une évolution à terme. La confidentialité est préservée dans l'ensemble du système et les obligations réglementaires concernant le programme de médicalisation du système d'information sont entièrement remplies.

I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

La nécessité d'élaborer une politique qualité formalisée a été comprise au travers de la démarche d'accréditation. Des actions de communication sont à pérenniser, de manière à maintenir le dynamisme initié par la démarche. Le journal interne est un bon relais de ces actions. La formation d'auditeurs internes et la volonté d'initialiser une certification conforteront le maintien de cette politique. Les besoins et la satisfaction des clients sont évalués par un questionnaire de sortie dont l'exploitation est à optimiser. La gestion des risques est prise en compte au niveau du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui est fonctionnel. Il est nécessaire d'établir un programme global de gestion formalisé. L'évaluation et la dynamique d'amélioration restent à construire, un retour d'information vers les professionnels est à mettre en place.

I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'établissement a structuré l'ensemble des vigilances dont les responsables sont identifiés et connus.

La politique reste à formaliser. Les procédures sont rédigées, en cours de validation. Il est nécessaire de finaliser leur diffusion et de s'assurer de leur mise en œuvre. Les soignants sont fortement impliqués dans le processus transfusionnel et bénéficieront d'une formation par l'établissement français du sang.

Les actions d'évaluation des pratiques sont à initier. Les indicateurs de suivi sont à mettre en place.

I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

L'émergence d'une démarche qualité en relation avec la démarche d'accréditation a eu pour conséquence la réactivation du comité de lutte contre les infections nosocomiales début 2004 après une période de trois ans d'inactivité. L'implication de ses nouveaux membres a permis de définir et d'autoriser une mise en œuvre effective des actions d'amélioration de la surveillance, la prévention et contrôle du risque infectieux dans l'établissement. Il demeure à finaliser les procédures autour de la prise en charge de l'opéré et en particulier les protocoles de préparation. Il reste à définir une véritable politique de façon à impliquer l'ensemble des acteurs et à mettre en place une évaluation aussi bien qualitative que quantitative.

II. DÉCISIONS DU COLLÈGE DE L'ACCRÉDITATION

II.1 Recommandations formulées par le Collège de l'accréditation

- Généraliser la traçabilité du recueil du consentement du patient et de la réflexion bénéfico-risque.
- Revoir l'organisation du bloc opératoire.
- Généraliser les fiches de fonction et mettre en place l'entretien annuel d'évaluation du personnel.
- Revoir les conditions de stockage du linge et des déchets.
- Formaliser, mettre en œuvre et évaluer une politique qualité et gestion des risques.
- Renforcer l'accompagnement de l'entourage des patients décédés, par les médecins de l'établissement.

Réserve formulée par la Haute Autorité de santé :

- Définir, mettre en place et évaluer un dossier patient regroupant toutes les informations le concernant et garantir en permanence son accessibilité, en particulier pour son volet médical.

II.2 Modalités de suivi

Au vu des éléments contenus dans le présent rapport d'accréditation 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 d'accréditation.

Cependant, la HAS ayant émis une réserve sur les points mentionnés ci-dessus un **rapport de suivi** sera produit par l'établissement sur les sujets concernés dans un délai de **12 mois** à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport de suivi la Haute Autorité de santé procédera à un réexamen de la situation de l'établissement.

PARTIE 4

SUIVI DES DÉCISIONS DE HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Un rapport de suivi a été transmis à la HAS en **mai 2006**.

Ce rapport de suivi a été communiqué à la HAS, pour délibération, en **juillet 2006**.

II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

II.1 Rappel du libellé de la réserve

- Définir, mettre en place et évaluer un dossier patient regroupant toutes les informations le concernant et garantir en permanence son accessibilité, en particulier pour son volet médical.

II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé

Dès réception du rapport de certification en avril 2005, l'établissement a mis en place une démarche d'amélioration de la qualité du dossier du patient afin de répondre à la réserve formulée par la HAS.

Cette démarche a conduit à la mise en place d'un plan d'actions comportant les mesures suivantes :

- Amélioration du circuit des informations médicales (mise à disposition des informations émanant des consultations, mise à disposition du compte-rendu opératoire en cours d'hospitalisation...)
- Aménagement des supports de recueil d'informations (personne de confiance, traçabilité des actes de kinésithérapie, regroupement des feuilles de prescription et d'observations)

- Mise en place de procédures relatives au dossier du patient (utilisation, contenu, classement, circuit, archivage...)
- Evaluation périodique de la qualité du dossier du patient
- Sensibilisation des praticiens au respect des règles de bonne pratique concernant le dossier du patient.

L'ensemble de ces actions d'amélioration ont été mises en œuvre.

L'évaluation des dossiers conduite après la mise en place de ces actions a mis en évidence une amélioration dans la plupart des domaines : identification de la personne de confiance, présence du compte-rendu de consultation et du compte-rendu opératoire dans le dossier du patient...

Néanmoins, le caractère récent des actions mise en place et la persistance de points d'amélioration (traçabilité de l'information donnée au patient et de la réflexion bénéfico-risque, sécurisation de l'archivage) nécessitent de la part de l'établissement la poursuite et le renforcement de la démarche d'amélioration de la qualité du dossier du patient.

II.3 Décisions de la Haute Autorité de santé

Au vu du rapport de suivi fourni par l'établissement, **la Haute Autorité de santé décide de lever la réserve sus-mentionnée et émet la recommandation suivante :**

- Développer la traçabilité de la réflexion bénéfico-risque et du consentement du patient et les évaluer.

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