

**COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION  
L'EPS CHARCOT  
30, avenue Marc Laurent, BP 20,  
78375 PLAISIR CEDEX.**

**MARS 2004**

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

**DÉCEMBRE 2005**

---

**SOMMAIRE**

---

<b>COMMENT LIRE LE « COMPTE-RENDU DE CERTIFICATION » .....</b>	<b>p.3</b>
<b>PARTIE 1</b>	
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.....</b>	<b>p.8</b>
<b>PARTIE 2</b>	
<b>DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE CERTIFICATION .....</b>	<b>p.10</b>
<b>PARTIE 3</b>	
<b>CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>I APPRÉCIATION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ SYNTHÈSE PAR RÉFÉRENTIEL .....</b>	<b>p.11</b>
<b>II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé .....</b>	<b>p.11</b>
<b>II.2 Modalités de suivi .....</b>	<b>p.16</b>
<b>PARTIE 4</b>	
<b>SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ</b>	
<b>I DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE DE SUIVI DES DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.....</b>	<b>p.17</b>
<b>II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ .....</b>	<b>p.17</b>
<b>II.1 Rappel du libellé de la(es) réserve(s) .....</b>	<b>p.17</b>
<b>II.2 Appréciation de la Haute Autorité de santé .....</b>	<b>p.17</b>
<b>II.3 Décisions de la Haute Autorité de santé .....</b>	<b>p.18</b>

---

## 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 ?

L'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.***

## II. 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](http://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**

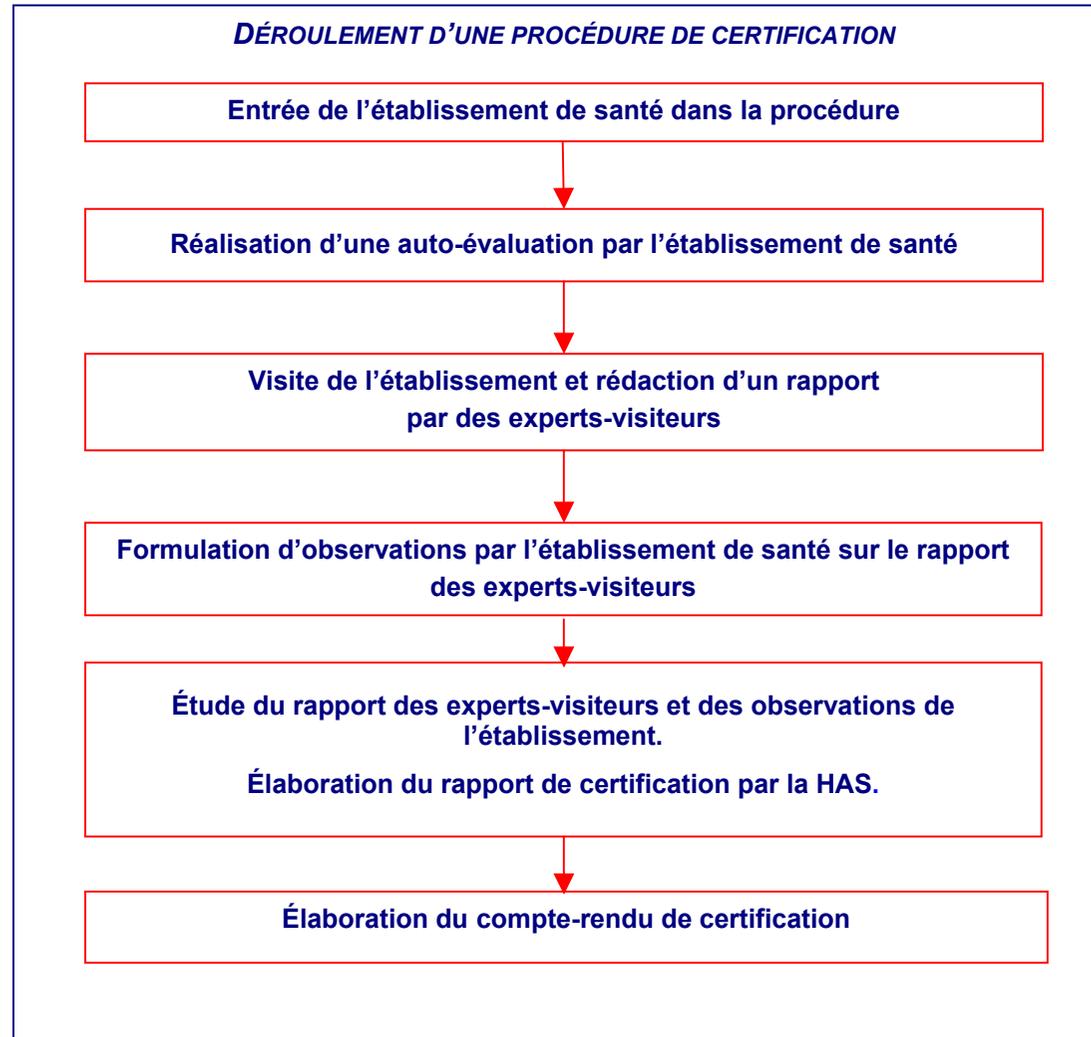
Après l'auto-évaluation, la HAS organise la visite de l'établissement (la « visite de certification ») pour observer son organisation et discuter avec les personnels des résultats de l'auto-évaluation. Cette visite est réalisée par une équipe d'« experts-visiteurs » (médecins, directeurs, soignants)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

## **PARTIE 1**

---

### **PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

---

La présente procédure de certification concerne :

L'établissement public de santé Charcot a ouvert en septembre 1960, d'abord sur le site de Plaisir pour répondre aux besoins de santé mentale de la population adulte du Sud-Yvelines, puis en 1961, il accueille la psychiatrie infantile sur le site de Saint-Cyr-l'École, situé à 12 km du site principal. Il couvre un bassin de population d'environ 500 000 habitants avec 6 secteurs de psychiatrie pour adultes, deux secteurs de psychiatrie infantile et un service de psychiatrie pénitentiaire.

Le nombre de lits et places autorisés est respectivement de 208 et 134.

Pour mieux répondre aux besoins de la population, et conformément à l'évolution de la politique de santé mentale, l'établissement a, depuis 1970, développé des structures alternatives à l'hospitalisation au plus près de la population. À ce jour 40 structures ont été créées et développent des activités de centres de consultations médicopsychologiques, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, des hôpitaux de jour, des appartements thérapeutiques, des places d'accueil familial thérapeutique.

Des actions de partenariat sont développées avec les établissements sanitaires implantés sur la zone d'attractivité, et plus particulièrement avec les deux SAU (Versailles et Rambouillet) en ce qui concerne les urgences et l'activité de liaison, avec l'hôpital gériatrique et médicosocial dans le cadre du réseau psychogériatrique, et avec l'institut Marcel-Rivière pour la prise en charge des adolescents.

L'EPS Charcot développe des activités spécifiques organisées sur le mode intersectoriel :

- le groupe ÉRIC (équipe rapide d'intervention de crise) se rend au domicile à la demande du SAMU de Versailles ou des médecins généralistes sur certains secteurs de psychiatrie générale ;
- le service ATED (pour adultes atteints de troubles envahissants du développement) met à disposition des usagers une évaluation et des soins ;
- le service de maternologie prend en charge les troubles liés à la maternité, en collaboration avec les maternités.

Par ailleurs l'EPS Charcot a la charge du service médicopsychologique régional, implanté à la maison d'arrêt de Bois-d'Arcy.

L'EPS dispose d'un service pharmacie. Le service laboratoire, qui comprend deux unités – une unité de biologie médicale et une unité d'hygiène –, effectue ses analyses pour les deux hôpitaux de la ville de Plaisir. Il ne dispose pas de service d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle mis à part l'ECG et l'EEG. Le praticien hospitalier hygiéniste de l'équipe opérationnelle d'hygiène intervient dans un cadre interétablissements.

Différentes prestations logistiques sont sous-traitées soit avec d'autres établissements ou soit avec des sociétés privées ; ceci concerne la fabrication des repas, le blanchissage du linge, l'hygiène des locaux, l'enlèvement des déchets, les transports sanitaires, le gardiennage, la surveillance et la protection des biens.

Le projet de reconstruction des unités d'hospitalisation du site Charcot est au point mort depuis 1998, mais devrait se finaliser en 2005. Cette réalisation permettra de mettre à niveau sécuritaire, ergonomique et en termes de confort les espaces d'accueil, d'hébergement et de soins réservés aux patients.

**PARTIE 2**

---

**DÉROULEMENT DE LA PROCÉDURE D’CERTIFICATION**

---

Ce rapport fait suite à l’engagement de l’établissement dans la procédure de certification en date du 30 octobre 2002

Cette procédure a donné lieu à une auto-évaluation réalisée par l’établissement, suivie d’une visite effectuée du 16 au 20 juin 2003 par une équipe multiprofessionnelle de 3 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 Mars 2004**.

**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**

L'établissement a favorisé la mise à disposition du livret d'accueil auprès des patients. La charte constitue un point de référence pour l'établissement. La sensibilisation de l'ensemble des professionnels est à poursuivre. Le livret contient le questionnaire de sortie et la charte du patient. Le règlement intérieur de l'EPS Charcot contient des informations concrètes sur les droits et devoirs des patients. Les modalités de recueil du consentement du patient et sa traçabilité, la désignation d'une personne de confiance par le patient sont en attente du positionnement de la Conférence médicale d'établissement. La gestion des plaintes est organisée, et veille à une bonne information du patient, des équipes, et de la commission de conciliation.

L'évaluation des besoins des patients, et des outils actuellement utilisés doivent être renforcés, et inclure le positionnement de la collectivité médicale.

**I.2 Dossier du patient**

Un dossier de soins a été mis en place par la Direction du service de soins infirmiers. Il a conduit à constater la nécessité de structurer un dossier du patient dans sa partie médicale et administrative. Une politique du dossier du patient partagée par tous les services est à définir. Une maquette du dossier du patient a été conçue. Son utilisation est très diverse dans les unités de soins tant dans la structuration que dans le recueil des informations essentielles à la prise en charge du patient. Il n'y a pas d'évaluation continue du dossier du patient, les améliorations techniques réalisées par certains services ne sont pas recueillies ni diffusées. L'exigence qualitative et sécuritaire minimum dans la forme et le fonds de constitution du dossier n'est pas établie.

L'idée d'un plan d'actions qui a pour but la rédaction d'un guide de bonnes pratiques a été validée par le comité de pilotage. Il n'y a pas d'actions d'améliorations programmées.

### I.3 Organisation de la prise en charge des patients

Le projet d'établissement a défini une politique de prise en charge qui repose sur l'amélioration des conditions d'hospitalisation (reconstruction) et le développement de nouvelles offres de soins allant de la néonatalité à la psychiatrie du sujet âgé.

Il existe une diversification et une adaptation de l'offre de soins : alcoologie et addictologie, prise en charge des adolescents, mise en place d'un réseau santé mentale Sud-Yvelines.

Une politique de soins ambulatoires a été développée. Elle permet un accès au soin au plus près de la population. Il existe une formalisation concernant la prise en charge des patients : fiches techniques et protocoles sur les prises en charge.

Le recueil des données, l'information au médecin traitant doivent être améliorés.

La facilitation de l'accès des structures aux personnes handicapées doit se continuer.

L'évaluation des pratiques n'est pas en place.

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

Le projet d'établissement établi dans une démarche participative des personnels et des instances, se compose des projets médicaux, infirmiers, des assistants socioéducatifs et des personnels de rééducation, social, hôtelier, informatique. Les engagements de suivi du projet d'établissement n'ont pas été suivis. Le règlement des instances doit être formalisé. Il existe peu d'outils de suivi et de pilotage managérial, la comptabilité analytique est en projet.

L'établissement, en pleine démarche d'accréditation, assiste à une période de renouvellement des cadres de direction, qui auront pour mission d'accompagner le nouveau projet d'établissement en intégrant la démarche qualité.

L'accompagnement managérial de la démarche qualité est insuffisant, ne permettant pas une bonne lisibilité des actions réalisées et de leur niveau de résultat, ainsi que de l'harmonisation des pratiques des différents services.

### I.5 Gestion des ressources humaines

Le projet social est inscrit dans le projet d'établissement et il a été élaboré de manière participative. Il comporte 6 axes :

- développer la communication interne ;
- améliorer les conditions de travail ;
- institutionnaliser une politique cadre ;
- instaurer un management participatif ;
- organiser une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ;
- développer un état d'esprit favorisant un esprit d'initiative.

Le dialogue social est organisé, les instances sont informées et consultées sur leurs domaines d'attribution.

La Gestion prévisionnelle des emplois est organisée, mais non formalisée. Des profils de poste sont écrits et connus des professionnels. Les procédures d'évaluation ne s'inscrivent pas dans une démarche harmonisée sur l'établissement malgré une formation des personnels d'encadrement à l'entretien d'évaluation.

Des actions d'accueil des nouveaux professionnels sont organisées, mais ne s'inscrivent pas dans une démarche politique validée. De nombreuses initiatives existent, mais on note une déficience de coordination et de pilotage décisionnel.

### I.6 Gestion des fonctions logistiques

L'établissement délègue à des prestataires beaucoup de fonctions logistiques afin de permettre aux collaborateurs de se consacrer pleinement à la fonction soins.

L'ensemble de l'outil de travail est bien entretenu. Une politique de maintenance préventive est mise en place.

La participation de l'encadrement et du personnel des services aux différentes commissions montre l'implication de ceux-ci dans la démarche. Ceci s'est traduit par la formalisation du tri du linge, du tri des déchets, la réorganisation des transports, la sensibilisation des personnels aux précautions standard d'hygiène.

Les normes de sécurité incendie, d'ergonomie, de respect des circuits, ne sont pas totalement respectées, du fait de bâtiments anciens dont la démolition est programmée depuis 1998. Les travaux de reconstruction devraient se terminer en 2005. Malgré cette perspective, les locaux bénéficient d'un entretien minimum.

La satisfaction des utilisateurs n'est pas systématiquement mesurée.

Cette démarche d'amélioration continue de la qualité des fonctions logistiques devra s'attacher à développer une politique d'évaluation des actions.

### I.7 Gestion du système d'information

Dans le cadre de la rédaction/actualisation du projet d'établissement, un projet informatique est programmé à l'horizon fin 2003.

Il prévoit une connexion entre l'intra- et l'extrahospitalier, la possibilité d'unifier les différents logiciels pour éviter plusieurs bases patients et les doubles saisies d'informations, la création d'un site intranet.

Le souhait d'impliquer tous les professionnels se fait jour.

La volonté d'aboutir et la coordination de chacun seront nécessaires pour la réalisation concrète des souhaits.

D'un projet technique informatique, l'établissement doit définir un schéma directeur de l'information, s'appuyant sur la définition des responsables chargés d'écrire le cahier des charges.

### I.8 Gestion de la qualité et prévention des risques

Dans la continuité du projet d'établissement 1999-2003, l'établissement a lancé une réflexion sur la démarche qualité. Cela s'est traduit par la création en avril 2000 d'un demi-emploi à temps partiel de cadre supérieur infirmier, et d'un emploi à temps partiel de secrétariat.

Un groupe de pilotage qualité composé de représentants des instances, de la direction, du responsable assurance qualité, et d'un représentant des usagers, a validé un plan d'actions « démarche d'amélioration continue de la qualité ».

Ce plan d'actions précise les objectifs stratégiques et opérationnels, la méthodologie et un inventaire des actions à mener. Il précise le besoin de formation des professionnels, et le management de la démarche.

Les missions et tâches de chaque acteur sont définies.

De ce premier plan d'actions sont issus des groupes projet qui seront la base au groupe d'auto-évaluation. En novembre 2001, un plan d'actions « poursuite de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la préparation à la démarche d'accréditation ».

Parallèlement à cette démarche qualité, une politique de prévention des risques s'appuie sur le Comité de lutte contre les infections nosocomiales qui a été créé en 1996.

Une procédure de la gestion des risques a été mise en place en février 2001.

Des actions d'amélioration ont été réalisées à partir des groupes projet et d'auto-évaluation. Les travaux ont porté sur le dossier du patient, la prévention des actions de violence, l'hygiène, la confidentialité des informations, respect des précautions standard.

Les procédures d'évaluation ne sont pas généralisées. La démarche qualité est initiée dans de nombreux domaines, mais elle ne comporte pas les étapes d'évaluation en fonction d'indicateurs repérés et ne s'inscrit pas dans une démarche continue. L'application est diverse en fonction des services.

### I.9 Vigilances sanitaires et sécurité transfusionnelle

L'établissement a mis en place les vigilances dans les secteurs qui le concernent : matériovigilance et pharmacovigilance.

Aucune activité transfusionnelle n'existe dans l'établissement, en cas de besoin, les patients sont mutés dans un autre établissement.

Les correspondants de pharmacovigilance et matériovigilance ont été désignés après avis de la Conférence médicale d'établissement, leurs missions sont identifiées et diffusées auprès des équipes.

Les vigilances se sont organisées en s'appuyant sur le travail déjà effectué sur le risque infectieux. L'infectiovigilance est effective, elle s'appuie sur une équipe opérationnelle d'hygiène, un réseau de correspondants formés et un plan d'actions du Comité de lutte contre les infections nosocomiales.

L'établissement rentre dans une démarche d'amélioration du risque infectieux qu'il reste à concrétiser.

La création d'une cellule de vigilance associant les professionnels concernés et la désignation d'un coordonnateur est en cours.

La désignation de ses représentants et son règlement intérieur ne sont pas effectifs. La volonté de coordonner les activités de vigilances existe, l'établissement doit la mettre en œuvre.

### I.10 Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux

La prévention et le contrôle du risque infectieux sont effectifs. Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales, créé en 1996, est dans une démarche dynamique d'amélioration continue de la qualité. Il a mis en place une cellule opérationnelle d'hygiène et un réseau de correspondants, ces personnels ont été formés et ont établi des liens de collaboration. L'établissement a créé un poste de cadre hygiéniste pour activer cette démarche.

Le fonctionnement du Comité de lutte contre les infections nosocomiales et l'implication de ses membres sont de qualité.

Chaque année un plan d'actions est formalisé, il prévoit des actions très concrètes. Le programme d'actions est diffusé dans le journal de l'établissement. Des actions de formations ciblées sont organisées à l'intention des personnels.

Les procès-verbaux montrent qu'il vérifie le suivi de la politique de maîtrise du risque infectieux et qu'il communique les informations et observations adéquates.

## **II. DÉCISIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ**

### **II.1 Recommandations formulées par la Haute Autorité de santé**

- Renforcer le dispositif de veille et de prévention du risque incendie et évaluer les actions mises en oeuvre ;
- Formaliser et optimiser le recueil d'informations, concernant l'information du patient, ainsi que la traçabilité de la réflexion bénéfiques risques et du consentement ;
- Assurer le suivi, la coordination, et la validation des étapes du projet d'établissement et des actions de la cellule qualité.

### **II.2 Réserve formulée par la Haute Autorité de santé**

- Définir, mettre en œuvre et évaluer la politique du dossier patient, en impliquant l'ensemble des services.

### **II.3 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 HAS 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 18 mois à l'issue de la date d'envoi du présent rapport.

A l'issue de la transmission du rapport de suivi, la HAS procédera à un réexamen de la situation de l'établissement.

## PARTIE 3

---

### SUIVI DES DÉCISIONS DE LA 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 **Octobre 2005** pour délibération en Décembre 2005.

#### II CONCLUSIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

##### II.1 Rappel du libellé de la réserve

La réserve suivante a été émise par la HAS :

- ***Définir, mettre en œuvre et évaluer la politique du dossier patient en impliquant l'ensemble des services « ( DPA 1, DPA 2, DPA 3, DPA 4,DPA 5,DPA 6, DPA 7).***

##### II.2. Appréciation de la Haute Autorité de santé

Suite à la réserve émise par le collège, l'établissement a mis en place un groupe de travail en avril 2004 animé par le médecin responsable du Département d'information médicale, lequel s'est réuni 8 fois .

Ce groupe a réalisé un état des lieux, un point sur la réglementation, a élaboré un guide d'utilisation du dossier, et procédé à un audit de au total 60 dossiers dans trois secteurs d'activité .

Bien que l'établissement ait entamé un travail conséquent sur le sujet du dossier, les résultats de l'audit mené sur un faible échantillonnage traduisent des résultats non encore satisfaisants .

Une réflexion est seulement en cours sur la traçabilité de la réflexion bénéfice risque

Malgré des efforts de sensibilisation et de communication ; il semble que l'établissement en soit au stade de la définition et non encore de la mise en œuvre.

### **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 maintenir la réserve sus-mentionnée.

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